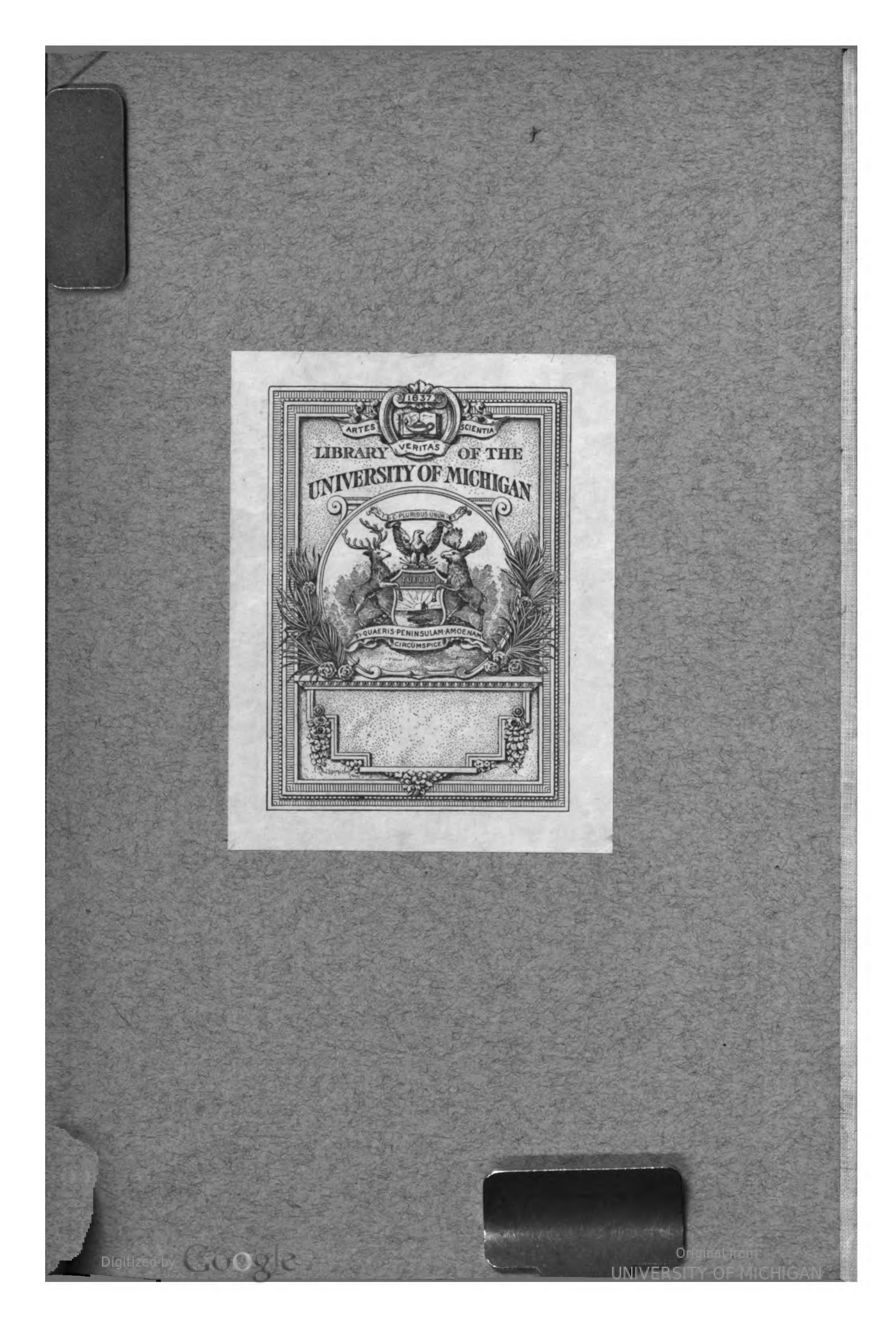

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

AMICIS (Neapel), ARNDT (Berlin), ARNING (Hamburg), BEHREND (Berlin), BETTMANN (Heidelberg), BLASCHKO (Berlin), BLOCH (Basel), BOECK (Christiania), BRUHNS (Berlin), BUSCHKE (Berlin), CEDERCREUTZ (Helsingfors), DUHRING (Philadelphia), EHLERS (Kopenhagen), EHRMANN (Wien), FABRY (Dortmund), GALEWSKY (Dresden), GIOVANNINI (Turin), GROSS (Wien), GROUVEN (Halle), HALLOPEAU (Paris), HAMMER (Stuttgart), HARTTUNG (Breslau), HAVAS (Budapest), HELLER (Berlin), HERXHEIMER (Frankfurt a. M.), HOCHSINGER (Wien), JACOBI (Freiburg i. Br.), JANOVSKY (Prag), JESIONEK (Gießen), JOSEPH (Berlin), JULIUSBERG (Posen), KLINGMÜLLER (Kiel), KLOTZ (New-York), KOPP (München), KOPYTOWSKI (Warschau), LANG (Wien), LEDERMANN (Berlin), LEWANDOWSKY (Hamburg), LINSER (Tübingen), LUKASIEWICZ (Lemberg), LUSTGARTEN (New-York), MAJOCCHI (Bologna), v. MARSCHALKÓ (Klausenburg), MATZENAUER (Graz), MAZZA (Modena), MEIROWSKI (Köln), MERK (Innsbruck), du MESNIL (Altona), NEUBERGER (Nürnberg), NOBL (Wien), OPPENHEIM (Wien), v. PETERSEN (Petersburg), PHILIPPSON (Palermo), PINKUS (Berlin), POSPELOW (Moskau), POSSELT (München), PROKSCH (Wien), REISS (Krakau), RIECKE (Leipzig), RILLE (Leipzig), ROSENTHAL (Berlin), SCHIFF (Wien), SCHOLTZ (Königsberg), SCHUMACHER II. (Aachen), SCHÜTZ (Frankfurt a. M.), SEIFERT (Würzburg), SPIETHOFF (Jena), STERN (Düsseldorf), TOMASCZEWSKI (Berlin), TOUTON (Wiesbaden), ULLMANN (Wien), VIGNOLO-LUTATI (Turin), VÖRNER (Leipzig), VOLLMER (Simmern), WAELSCH (Prag), v. WATRASZEWSKI (Warschau), WECHSELMANN (Berlin), WOLTERS (Rostock), WELANDER (Stockholm), WINTERNITZ (Prag), v. ZEISSL (Wien), ZIELER (Würzburg), ZINSER (Köln), v. ZUMBUSCH (Wien)

und in Gemeinschaft mit

Doutrelepont,	Finger,	Jadassohn,	Kreibich,	Lesser,	Riehl,	Veiel,	Wolff,
Bonn	Wien	Bern	Prag	Berlin	Wien	Cannstatt	Straßburg

herausgegeben von

A. Neisser, Breslau und W. Pick, Wien.



Hundertvierter Band.
Mit neun Tafeln.

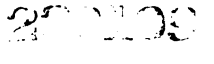
Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1910.

A. Haase, k. u. k. Hofbuchdrucker, Prag

Inhalt.

Pag.

Original-Abhandlungen.





Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Originalabhandlungen.



Aus der k. k. deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Über Neurodermitis alba.

Von

Prof. C. Kreibich.

(Hiezu Taf. I.)

Man sieht ab und zu einen schweren Fall von Prurigo Hebra, bei welchem die Haut über den Schienbeinen nicht in der gewöhnlichen Weise verdickt ist und kreideartig schilfert, sondern weiß-specksteinartig, glänzend sklerodermieähnlich beschaffen ist, dabei verdickt erscheint und eventuell am Rand von Pigmentflecken umgeben ist. Es handelt sich sicher nicht um echte Narbe, da keine Ulzeration vorausgegangen ist, auch vorausgegangene Entzündungen allein (Kratzekzem, Impetigines etc.) können den Zustand nicht erklären. Da sich nun sonst die Prurigo Hebra zwanglos in rezidivierende Urtikaria und in Lichenifikation — Hautverdickung, Parakeratose, Pigmentation — auflösen läßt, so kommt man dazu, obige Veränderung als Folgen des kontinuierlichen Scheuerns zu erkennen, für welche die Bezeichnung weiße Lichenifikation und pathogenetisch gedacht Neurodermitis alba nicht unangebracht wäre. Dies trifft auch zu für Fälle von langdauerndem intensiven Pruritus vulvae, bei welchen, wie in zwei Beobachtungen von uns, das intensive Kratzen zu folgenden Veränderungen geführt hat. Die innere Hälfte der großen Labien war vollkommen weiß und pigmentlos und scharf abgesetzt gegen die äußere, die tief dunkelbraun pigmentiert war. Die weiße Partie war verdickt an ihrer Oberfläche, aber nicht glatt glänzend, sondern mit breiten warzig aussehenden Verdickungen besetzt, deren Oberfläche wieder offenbar wegen Akanthose fein



gestichelt erschien. Kein peripheres Abklingen der Veränderung in die charakterisierten Knötchen des Lichen simplex, niemals Nässen oder Entzündung anderer Art vorausgegangen, so daß die Veränderungen nur als Lichenifikation auf das Kratzen, die Depigmentation aber auf die Störung im Epithel zurückgeführt werden konnten, pathogenetisch lag auch hier eine Neurodermitis alba vor. Sich wieder im Aussehen mehr der Sklerodermie nähernd, deutlich auf Kratzen und auf das Wesen einer Neurodermitis zurückführbar, erwies sich folgender Fall, der unserer Meinung nach die Verbindung zur Weißfleckenkrankkeit herstellt:

Rosa S., 57jährige Arbeiterin. Seit $4^1/_2$ Jahren Schmerzen und Schwellungen in verschiedenen Gelenken. Seit 2 Jahren Jucken über der Schulter, später Brust, Arme und Gesicht. Allgemeinbefinden sonst gut. Harn normal. (Taf. I.)

Status praesens: Haarboden stark schuppend. Haut des Gesichtes diffus leicht gerötet, Rötung partienweise etwas stärker, die Haut unter den Augen auch etwas verdickt, nur in gröberen Falten aufhebbar, über Stirne und Wangen die Hautoberfläche glänzend; gegen das Ohr und gegen den Hals zu erscheint die Haut, hauptsächlich bei seitlicher Entspannung in ihrem Relief, etwas vergröbert und zart lichenifiziert. Etwas Acne rosacea. Beide Mundwinkel rhagadiert, der rechte stärker infiltriert (Sekundärinfektion). Die hauptsächlichsten Veränderungen finden sich in einem Hautbezirk, der sich etwa in folgender Weise begrenzt. Von den geringen Veränderungen der Wangen ausgehend ist eingenommen die vordere Halshaut, fast vollkommen symmetrisch die Brusthaut, je beiderseits bis zur 4. Rippe; je ein über handtellergroßer Herd an der Außenfläche der Oberarme, welche durch Veränderungen geringen Grades verbunden sind mit einem, wieder symmetrischen Herd, der von der Nackenhaargrenze sich verbreiternd drei Querfinger breit über die beiden Schultergräten herabreicht. Die Hauterscheinungen setzen sich im wesentlichen zusammen aus einer geringen Hautverdickung aus Pigmentation und später zu beschreibenden weißen Hautveränderungen. Die Pigmentationen stellen vorwiegend feine Linien in der Breite von 2—4 *mm* dar, sie verlaufen über die Brust meist in querer Richtung, bilden nach unten konvexe Ausschnitte von Kreisen, deren Mittelpunkt etwa am Unterrande des Schildknorpels liegen mag. Diese Linien sind vielfach durch Querbänder durchbrochen, man bemerkt aber trotzdem die Tendenz, bogenförmig von einem Schlüsselbein zum anderen zu reichen, die Linien verlaufen in großer Zahl übereinander parallel, reichen in gleicher Anordnung auch auf den Hals hinauf und folgen offenbar dem von rechts und links kratzenden Finger, wobei auch noch die Spaltrichtung der Haut mit vom Einfluß ist. Seitlich gegen die Schulter zu wird die Zeichnung durch unregelmäßige Querlinien verworrener und hier



finden sich auch fleckenförmige Pigmentationen. Die Haut im ganzen Bereich des Herdes sich etwas verdickt anfühlend.

In gleicher Ausdehnung und ähnlicher Anordnung findet sich nun ein zweites Netz von jenen Veränderungen, auf welche es in diesem Falle eben besonders ankommt. Es handelt sich um zart rosarote oder vorwiegend weiße zarte Streifen, welche etwas schmäler als die Pigmentstreifen sind, nur an wenigen Stellen breiter werden. Dieses Netz läuft den Pigmentationen gleichsam parallel, es trennt die Pigmentstreifen von einander; so wie letztere verlaufen auch diese quer über die Brust, bilden nach unten konvexe Kreisausschnitte, ebenfalls vielfach durch Querlinien verbunden oder unterbrochen. Dies ist besonders an der vorderen Halshaut der Fall. Hier sind die querverlaufenden weißen Linien durch mehrere vom Sternun gegen die Kinngegend gerichtete, parallele deutlich weiße Linien durchschnitten. Die Farbe der Streifen ist, wie erwähnt, vorwiegend weiß, die Haut daselbst sklerodermieartig glänzend. Manche der Streifen sind etwas über das Niveau erhoben, bei den meisten läßt sich eine Erhebung nicht konstatieren. Am Hals entsprechen die queren Linien den natürlichen Beugefalten und zwar die weißen Linien den Faltenbeugen, die pigmentierten den Tälern, die von oben nach abwärts ziehenden Linien entsprechen entschieden der Richtung von Kratzeffekten. In den seitlichen Partien des ganzen Herdes findet man runde, vielleicht auch etwas polygonale, weiße, mehr plane Flecke, meist von dem Charaker auffallend weißer atrophischer Narben, eher deprimiert als erhaben, aber ebenfalls von glänzender Oberfläche — diese Art von Flecken finden sich vorwiegend am Rücken und den Oberarmen. — Die Peripherie des ganzen Herdes zeigt frische streifenförmige, notenkopfähnliche Exkoriationen oder Pigmentation frischerer Art aus diesen hervorgegangen. Bauchhaut stark pigmentiert. An den Knien und den Schienbeinkanten besteht stärkere Pigmentation, etwas Schuppung. Fingergelenke können nicht vollkommen gestreckt werden. Haut aber sonst normal. Kleider ohne Parasiten.

Histologisch zeigen 2 exzidierte weiße Stellen eine Quellung und Verbreiterung der Bindegewebsbündel im Papillarkörperbereich, zwischen denselben in nicht sehr großer Zahl junge spindelige Fibroblasten und um die Gefäße mäßige Rundzelleninfiltration. In dem zweiten Stück war die Infiltration etwas reichlicher und es zeigte sich als Zeichen der Unterernährung Kernfragmentation. In beiden Stücken war der Papillarkörper verstrichen, elastische Fasern relativ gut erhalten, vielleicht nur partienweise etwas spärlicher, jedenfalls sehr reichlich in der Cutis propria in dichten parallelen Zügen angeordnet; Hypertrophie der arrectores pilorum, Rete vielleicht etwas verbreitert, sicher die Hornschichte, meist ohne Kerne, nur an wenigen Stellen die Kernschatten deutlicher. In den angrenzenden pigmentierten Partien der Papillarkörper besser erhalten, ebenfalls Rundzelleninfiltration um die Gefäße, aber nirgends eine scharfe Trennung der weißen von der pigmentierten Partie.



Berücksichtigt man die symmetrische Lokalisation, die subjektiven Empfindungen, die gleichzeitig bestehenden Veränderungen im Gesicht, so stellt sich der Fall in seinem Wesen als eine Neurodermitis dar. Im Gesicht findet sich gewöhnliche Lichenifikation, auf der Brust und am Halse sind Veränderungen vorhanden, die nach ihrer Anordnung dem kratzenden Finger entsprechen — querer Verlauf über die Brust, von oben nach abwärts verlaufende Parallelstreifon am Hals. — Ein Teil dieser Streifen ist sicherlich aus blutigen Exkoriationen hervorgegangen; dafür sprechen die parallelen Streifen am Halse und das Vorkommen frischer Exkoriationen in der Peripherie des ganzen Herdes. Sie sind weiß, sklerodermie-ähnlich, narbenartig. Da nun aber Exkoriationen normal nicht in dieser Weise gleichsam mit Bildung weißer Keloide des Papillarkörpers verheilen, so liegt das wesentliche des Falles in der eigenartigen Hautreaktion. Diese Hautreaktion tritt noch mehr in den Vordergrund, wenn man als wahrscheinlich annimmt, daß die vielen parallelen weißen Linien nicht insgesamt aus wirklichen Exkoriationen hervorgegangen sind, sondern Effekte bloßer Scheuerung ohne Epithelläsion sind, wofür ihre Lokalisation auf der Höhe der Hautfaltung und die angrenzende dunkle Pigmentation spricht. Damit wären wir aber bei dem Begriff einer weißen Lichenifikation angelangt. Schreibt man dem Kratzen noch geringeren, der Hautreaktion noch größeren Einfluß auf das Krankheitsbild zu, dann kommen wir in Analogie mit den uns bekannten Kratzphänomenen konsequenter Weise zu einem Lichen und zwar die gleichsinnige Hautreaktion vorausgesetzt, zu einem Lichen albus oder ganz allgemein zur Weißfleckenkrankheit.

Die bisher beschriebenen Fälle sprechen, ohne ihnen eine besondere Gewalt anzutun, nicht gegen diese Vermutung. So zeigt der Fall Ricke (Arch. f. Dermatol. XCIX), einer der letzt beschriebenen Fälle, jahrelanges Jucken ohne sichtbare Hautveränderung, mäßiger Juckreiz besteht auch während der Krankheit. Die Effloreszenzen sind, wie in unserem Falle, nicht merklich über das Niveau erhaben, manche sogar unternivelliert (Atrophie). Es findet sich auffällige parallelstreifige Faltenbildung, manchen Effloreszenzen haftet eine Schuppen-

kruste auf, unter welcher sich die Weißfärbung ausbildet. Die histologischen Veränderungen weichen nicht viel von unserem Falle ab, dazu kommt eine Lokalisation, welche für die Krankheit überhaupt typisch zu sein scheint, d. i. die Beteiligung der Haut über dem Brustbein und zwischen den Schulterblättern; so wie in unserem Falle und in den meisten anderen findet sich die Erkrankung vorwiegend bei Frauen. Noch größer ist die Übereinstimmung unseres Falles mit einer Beobachtung von Johnston und Sherwell: 26j. nervöse Frau, Lokalisation: Vorderseite der Brust, Hals und über den Schulterblättern; strichförmige atrophische Flecke, nur leicht erhaben und glatt anzufühlen, die auf der Brust den Spaltungslinien folgen; entzündlicher Hof besteht nicht, die weißen Veränderungen gehen in Atrophie über. Ein weiterer Fall von Sherwell zeigt wieder die typische Lokalisation (Brust und Gegend zwischen den Schulterblättern). Bei einem Falle von Montgomery und Ormsby, wieder mit derselben Lokalisation, werden keloidartige Ausläufer der weißen Flecke erwähnt. In einem zweiten Falle soll neben den bereits vielfach erwähnten Stellen eine streifenförmige Sklerodermie an der äußeren vorderen Fläche des linken Beines vorhanden gewesen sein. Neben dem Aussehen der Hautveränderungen hat offenbar dieser Fall viel dazu beigetragen, die Weißfleckenkrankheit auf eine Form der Sklerodermie zurückzuführen. Ohne leugnen zu wollen, daß eine Haut, wenn sie zu Sklerodermie disponiert, auf Kratzeffekte mit sklerodermatischen Veränderungen antworten könnte, hat sich der Sklerodermiecharakter der Erkrankung mit Exaktheit eigentlich in keinem Falle nachweisen lassen; Sklerodermie kam auch in unserem Falle nicht in Betracht und es wäre auch bezüglich des Herdes über dem Schienbeine im obigen Falle noch die Deutung möglich, daß eine Neurodermitis durch Kratzen, ähnlich wie bei Prurigo Hebra, zu einer sklerodermie-ähnlichen Veränderung Veranlassung gegeben hat. Die immer wiederkehrende Lokalisation über der Brust und zwischen den Schulterblättern ist auch durch die Auffassung der Erkrankung als Sklerodermie nicht gut zu erklären, sie deutet viel eher auf eine Art Keloid hin. So wie in den bereits beschriebenen Fällen findet sich die Lokalisation

auch in einem Falle Duhrings, in dem Falle von E. Hoffmann und Juliusberg (Mann!) und schließlich auch in dem Falle von v. Zumbusch. Endlich sei noch erwähnt, daß wir in einem typischen Falle von Weißfleckenkrankheit (Frau, Lokalisation Sternum, Schulterblätter) noch Herde an den Armen und Beinen fanden, bei welchen das Symptom der weißen Flecke noch nicht so in den Vordergrund trat, die aber nach ihrer Beschaffenheit den Eindruck einer knötchenartigen Neurodermitis machten. Leider entzog sich die Patientin nach einer ambulanten Ordination der Behandlung. Angesichts dieser klinischen Übereinstimmung sämtlicher Fälle treten die histologischen Differenzen in den Hintergrund. Denn einmal sind dieselben nicht erheblich, können es bei der klinischen Gleichheit auch gar nicht sein und dürften sich wohl in Zukunft ohne Zwang auf verschiedene Stadien eines bis jetzt noch nicht genau studierten Prozesses zurückführen lassen.

Wir vermuten somit: Die Weißfleckenkrankheit ist in ihrem Wesen eine Neurodermitis mit Hautveränderungen, die als Kratzphänomene im weitesten Sinne aufzufassen sind.

So wie die bekannten Kratzphänome — Lichenifikation, Lichen simplex — erscheint die Weißfleckenkrankheit bald mehr unter dem Bilde einer Art weißer Lichenifikation oder in der Form eines Lichen albus.

Die Erklärungen der Abbildungen auf Taf. I ist dem Texte zu entnehmen.

Aus der II. Abteilung für Geschlechts- und Hautkrankheiten
des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien.

Über Anetodermia cutis maculosa in luetico.

Von

Dr. **Richard Volk.**

(Hiezu Taf. II.)

Die atrophischen Veränderungen der Haut bieten trotz zahlreicher einschlägiger Arbeiten den Dermatologen noch immer Schwierigkeiten bezüglich ihrer Gruppierung und Systemisierung. Es rührt dies daher, daß ja die Atrophie schließlich meist nur den Ausgang eines pathologischen Prozesses bildet, dieser selbst uns häufig in ätiologischer Beziehung unklar ist. So kommt es, daß genetisch vollständig verschiedene Atrophien von manchen Autoren in einen Sack geworfen werden, andere Untersucher machen immer wieder neue Gruppierungen.

Systematisch am besten studiert sind, wie aus der Arbeit von Groß im Mraček schen Handbuche hervorgeht, die diffuse Atrophie und die Maculae et striae distensae, während die makulösen Anetodermien zwar klinisch zum Teil gut gekannt und auch histologisch zuerst von Jadassohn richtig gedeutet, aber noch keineswegs hinreichend verarbeitet waren.

Wie groß die Verwirrung ist, ersieht man aus dem Referate Fingers auf dem internationalen Kongreß in Budapest 1909. Nach kritischem Studium der einschlägigen Literatur und eigenen Beobachtungen zieht er die Bezeichnung atrophisierende Dermatitis der Bezeichnung Atrophie vor, da alle



diese sogenannten Atrophien mit entzündlichen Erscheinungen beginnen, und kommt zu einer Einteilung in:

A. Anetodermien. Dermatitiden mit Ausgang in schlaffe Atrophie.
- *a*) Anetodermia idiopathica diffusa progressiva,
  - *α*) Acrodermatitis atrophicans,
- *b*) Anetodermia maculosa,
- *c*) Witterungsatrophie,
- *d*) Senile Atrophie.

B. Dermatitiden mit Ausgang in straffe Atrophie.
- *a*) Morphoea } (entzündliche Natur fraglich),
- *b*) Sklerodermie }
- *c*) atypischer Lupus erythematosus,
- *d*) Lupus erythematosus.

Auf die erste Publikation Jadassohns, der in präziser Weise das Bild der fleckigen Anetodermie, d. h. der schlaffen Atrophie der Haut herausgehoben hat, erschien eine Anzahl von Arbeiten, welche zum Teil das kasuistische einschlägige Material vermehrt haben, zum Teil aber auch nicht hierher gehöriges zusammengeworfen und so wieder neue Verwirrung geschaffen haben. Der kritischen Sichtung des vorliegenden Materials hat sich Oppenheim in seiner Arbeit unterzogen und trennt die idiopathischen von den deuteropathischen fleckigen Anetodermien.

Ich möchte gleich hier erwähnen, daß meiner Meinung nach im Gegensatz zu anderen Autoren (Pelagatti) diese Zweiteilung vorläufig gewiß bestehen bleiben sollte, wenn sich vielleicht auch späterhin auf ätiologischer Grundlage auch diese jetzt idiopathischen Anetodermien als zum klinischen Symptomenkomplex eines anderen Krankheitsbildes gehörig erweisen sollten. So wurde ja von verschiedenen Autoren der Verdacht ausgesprochen, daß diese Krankheitsbilder mit Tuberkulose in irgendeinem Zusammenhang stehen dürften, so daß es sich eventuell um eine gewisse Form von Tuberkuliden handelte, wenn auch dafür, wie ich glaube, vorläufig nicht genügende Beweise vorliegen.

Meine im folgenden niedergelegten Untersuchungen befassen sich aber mit der zweiten Form, den deutero-

pathischen Anetodermien, wie solche als Ausgänge nach verschiedenen Hautkrankheiten beschrieben sind (Lichen ruber planus, Leprome, urtikarielle Exantheme). In Deutschland bis vor kurzem wenig beobachtet oder vielleicht nur wenig beachtet sind solche fleckweise Anetodermien im unmittelbaren Anschluß an syphilitische Exantheme resp. bei Syphilitikern.

Als erster hat Wilson (1867) auf eine manchmal im Gefolge syphilitischer Hauteruptionen auftretende zirkumskripte Hautatrophie die Aufmerksamkeit gelenkt. Er nahm an, daß durch neugebildetes Zellmaterial eine Verlagerung und Zerreißung der elastischen Fasern stattfinde; eine histologische Untersuchung, welche diese Annahme zu beweisen imstande gewesen wäre, hat er nicht vorgenommen.

Französische Autoren (Nivet, Balzer, Balzer et Reblaub),[1]) welche auf die postsyphilitische Hautatrophie 20 Jahre später neuerlich aufmerksam machten und das klinische Krankheitsbild genau beschrieben, haben diese ursprüngliche Anschauung wieder aufgenommen, ohne allerdings zunächst histologisches Beweismaterial hierfür zu erbringen.

Fournier, welcher schon früher ähnliche Veränderungen als „macules atrophiques“ bezeichnet hatte, erwähnt in seiner Traité de la syphilis der in Rede stehenden Affektion, bemerkt, daß er sie bisher in 4 Fällen beobachtet habe und bezieht sich bezüglich des histologischen Befundes auf Darier et Chibret, welche „une rupture du réseau élastique comme dans les vergetures“ gefunden haben.

Ähnliche Ansichten wurden in der Diskussion anläßlich der Demonstration eines einschlägigen Falles durch Danlos von Darier, Thibièrge, Balzer und Wickham geäußert. Es wäre nach diesen Autoren die Atrophia maculosa postsyphilitica in ihrer anatomischen Wesenheit den Striae und maculae distensae an die Seite zu setzen, deren klinischer und anatomischer Typus durch die Schwangerschaftsnarben repräsentiert wird. Die scheinbare Atrophie sei auf Überdehnung (Unelastisch werden) und Zerreißung des elastischen Netzes zurückzuführen, wie dies Troisier und Ménetrier für die striae gravidarum angegeben haben. Danlos hebt die schwere nervöse Belastung seines Patienten hervor, so daß trophoneurotische Einflüsse mit eine Rolle spielen könnten.

Während die übrigen Autoren entsprechend obiger Auffassung diese vergetures syphilitiques (allerdings inkonsequenter Weise auch macules atrophiques) bezeichnen, nennt sie Fournier Leuco-atrophie cutanée und verweist darauf, daß diese atrophischen Flecke sich am Orte

---

[1]) Die Zugehörigkeit des Falles von Balzer-Reblaub ist wohl sehr fraglich, da sich die Atrophien bei einem syphilitischen Mädchen angeblich nach einem Erythema nodosum entwickelt haben.

papulöser, papulo-squamöser und papulo-krustöser, doch nicht ulzeröser Syphilide entwickeln.

Oppenheimer berichtete von einem Syphilitiker, bei welchem er schon wenige Monate nach seinem Exanthem, in der Farbe an Taches bleues erinnernde Flecke konstatierte, welche unter oder im Niveau der Haut lagen, ja manchesmal dieses sogar überragten und sich substanzärmer anfühlten.

Histologisch ließen sich keine Ursachen für die Atrophie auffinden, das auffallendste im histologischen Bilde waren kleinzellige Infiltrate um die Gefäße; elastische Fasern waren überall nachweisbar, so daß Oppenheimer der Ansicht Balzers beistimmt, es handle sich nicht um eine Atrophie, sondern um eine durch Dehnung und Zerrung entstandene Verdünnung des Bindegewebes.

Mibelli hat dann 1900 einen Fall von Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker ausführlich beschrieben, deren Entstehen aus einem syphilitischen Exanthem er allerdings nicht beobachtet hatte. Auch konnte Pat. nicht angeben, ob ein solches den Flecken überhaupt vorausgegangen war, da er auf das Bestehen derselben erst von M. aufmerksam gemacht wurde.

Der von Mibelli erhobene histologische Befund weicht von den bisher erwähnten völlig ab und ähnelt dem bei der Anetodermia maculosa (Jadassohn). Mibelli konstatiert eine sehr ausgesprochene Zellinfiltration in der Umgebung aller oder doch beinahe aller Blutgefäße, u. zw. sowohl der isolierten als derjenigen, welche die Talgdrüsen, die Haarfollikel, die Schweißdrüsenknäuel und ihre Ausführungsgänge umgeben. Außerdem findet er eine deutliche Verdünnung des elastischen Fasernnetzes. Bei schwacher Vergrößerung scheint dasselbe im Papillarkörper normal zu sein; doch beim Vergleich mit den gesunden Partien konstatiert man, daß auch im Papillarkörper die elastischen Fasern weniger zahlreich und dünner sind, so daß das Netz weniger dicht erscheint als in der angrenzenden gesunden Haut.

In der retikulären Kutis ist diese Verdünnung viel auffallender und auch ohne Vergleich mit den gesunden Partien zu sehen; sie nimmt an Intensität von der Peripherie zum Zentrum des atrophischen Fleckes zu. Doch kann man auch an jenen Stellen, wo das elastische Gewebe am dünnsten ist, sehen, daß immer noch ein wirkliches Netz besteht, dessen Fasern aber viel dünner und weniger zahlreich sind als in der umgebenden gesunden Kutis. „Nirgends habe ich Bilder angetroffen, von denen ich auf eine Ruptur der elastischen Fasern hätte schließen können."

Die weiße Farbe sei nicht auf Pigmentmangel, sondern auf den Schwund des gelblichen Elastins zurückzuführen, wodurch die weiße Farbe des Kollagens mehr durchscheine, außerdem würden die Gefäße durch den Infiltrationsmantel verdeckt. Er nimmt an, daß Veränderungen im Nervensystem beim Zustandekommen dieser Atrophie eine große Rolle spielen, diese demnach in die Gruppe der Neurosyphilide gehöre.

Heuss, dem wir eine Arbeit über die Atrophia maculosa cutis verdanken, kritisiert den vorstehenden Fall Mibellis und gelangt zu dem Ergebnis, daß derselbe als echte Atrophia maculosa cutis ohne Beziehung zu der vorausgegangenen luetischen Infektion aufgefaßt werden müßte. Er stützt sich dabei namentlich auf das Fehlen der Endothelveränderungen in den Hautgefäßen und auf die Angaben der früheren Autoren, daß die Maculae atrophicae nach Syphilis bedingt seien durch Verdrängung, nicht Schwund des Elastins.

Es ist ja gar kein Zweifel, daß Mibellis Fall insofern einen Mangel aufweist, als er die Entstehung der atrophischen Flecke aus syphilitischen Effloreszenzen nicht verfolgen konnte. Aber andererseits wissen wir seither und werden es auch bei einzelnen von meinen später zu besprechenden Fällen sehen, daß sich die Anetodermie nach Lues und die idiopathische im histologischen Bilde oft absolut nicht unterscheiden lassen, insbesondere fehlen meist stärkere Endothelveränderungen, und daß demnach die Kritik von Heuss — was er ja damals nicht wissen konnte — nicht stichhaltig ist.

Die von Nobl beschriebene zirkumskripte postluetische Atrophie an der Skrotalhaut ist mit der Anetodermia postluetica, wie ich glaube, nicht zu identifizieren. Denn es kommt eigentlich nicht zur schlaffen Atrophie, sondern es finden sich an der vorderen und seitlichen Skrotalhälfte lokalisierte atrophische Hautpartien, so daß daselbst figuriert angeordnete, in Kreis- und Bogenlinien gruppierte Fazettenschliffe der sonst faltenreichen Oberfläche resultieren. Histologisch ist die Affektion charakterisiert durch Schrumpfung des von spezifischen Infiltraten durchsetzten Papillarkörpers und durch atrophische Veränderungen des abgeflachten, in seiner ganzen Breite reduzierten, gestreckt verlaufenden Keimlagers der Oberhaut. Die Papillen sind entweder reduziert oder fehlen vollständig. Das elastische Fasernnetz setzt sich aus der subpapillären Zone nur mit rudimentären Ausläufern in die Papillarzone fort und ist meist nur in fragmentierten Resten im Bereiche der abgeflachten Papillenkuppen anzutreffen.

Während es sich also hier um eine Atrophie des kollagenen Gewebes im Keimlager und Papillarkörper mit konsekutiver Atrophie der Elastika besonders im letzteren zu handeln scheint — der genaue Verlauf ist noch nicht studiert — kommt es bei der typischen Anetodermia postluetica, wie wir sehen werden, vorwiegend zu einem Zugrundegehen der Elastika in der subpapillären Zone, allerdings nicht selten auch zu einer Atrophie des Papillarkörpers und damit zur Reduzierung des elastischen Gewebes in demselben. Genetisch scheinen mir also die beiden Vorgänge nicht zu trennen zu sein, doch lassen sich im klinischen und histologischen Bilde gewisse Differenzen finden.

Balzer und Faure-Beaulieu berichten über einen 35jährigen Taglöhner, welcher im August 1902 eine Sklerose mit konsekutiver Roseola akquirierte. Bei seinem Spitalseintritte im Februar 1903 fiel vor allem eine starke Pigmentierung des Nackens auf; in dieselbe einge-



streut waren kleine depigmentierte Stellen, an welchen der darüber fahrende Finger eine ganz leichte Depression verspürte. Am Stamm und an den Extremitäten, besonders auf der Haut des Rückens finden sich zahlreiche kleine Flecken von rosenroter bis kupferroter Farbe, deren Oberfläche leicht gefältelt ist und an denen man einen deutlichen Substanzverlust spüren kann. Die Stellen sind nicht von einem hyperpigmentierten Hof umgeben.

In diesem Falle wären also zum Teil noch die Papeln vorhanden, aus denen sich die atrophischen Plaques entwickeln, nur zum geringeren Teile finden sich schon ältere Atrophien. B. et F. B. machen darauf aufmerksam, daß die Intensität und Ausdehnung des papulösen Syphilids keine Rolle für die künftige Atrophie spielt; oft sind die papulösen, infiltrativen Veränderungen sehr gering und doch kommt es zur Atrophie. Ob es in diesem Falle zu einer bleibenden Atrophie gekommen war, wird nicht berichtet, jedenfalls erscheint mir die ganze Affektion zu jung.

Danlos et Dehérain referierten 1906 über einen Fall von rundlichen atrophischen Flecken, welche einem ausgedehnten papulösen Syphilid gefolgt waren.

Balzer et Deshayes demonstrierten in derselben Sitzung der Société de dermatologie einen 40jährigen Mann mit sehr ausgebreiteten Maculae atrophicae nach einem Syphilid am Stamm und besonders auf der Rückenhaut, so daß der Patient fast wie nach Überstehen einer Variola aussah. Dabei hatten die Flecken noch eine leicht rosa Färbung beibehalten, woraus die Autoren schließen, daß der luetische Prozeß noch nicht vollständig abgelaufen war. Außerdem sind Flecke am Halse und in der Achselgegend von einem Pigmenthof umgeben.

Die wirklichen, echten Maculae atrophicae entstünden dann, wenn es sich um intensive, in die Tiefe des Koriums reichende Infiltrate gehandelt habe, während oberflächliche luetische Infiltration kaum jemals persistierende Atrophien hinterläßt.

Die Flecke müssen aber nicht immer auf Grund vorhergehender Papeln entstehen, sondern auch eine Roseola genügt mitunter, um sie zu provozieren. Man wäre also gezwungen, eine besondere Labilität des elastischen Gewebes oder aber eine besondere Toxizität der Spirochaete pallida in solchen Fällen anzunehmen und diese Syphilide nach dem Vorschlage Mibellis als eine besondere Art der syphilitischen Exantheme herauszuheben. Die Pigmentationen sind durch Veränderung extravasierten Blutes entstanden.

Dieser, sowie ein Fall von Hallopeau et Francois-Dainville und ein früher mitgeteilter von Balzer und Lecornu sind aber zu kurz beobachtet, als daß man sie zur persistierenden Atrophie rechnen könnte; die atrophischen Flecke könnten sich im weiteren Verlaufe noch vollständig restituieren. In letzterem Falle sollen auch im Gesichte makulöse Atrophien entstanden sein.

Der Fall von Dubois-Havenith war mir im Original nicht zugänglich; es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der seit ³/₄

Jahren an einem Ausschlage von kleinen, teilweise schuppenden Papeln litt, nach deren Abheilen Atrophie und Pigmentierungen der Haut zurückblieben. Es ist zweifelhaft, ob dies eine Lues war.

Leven beobachtete eine kurz vorher luetisch infizierte Frau, welche am Stamme und an den Extremitäten lividblaue, atrophische Flecke aufwies, die sich auch unter einer Hg-KJ.-Kur nicht mehr änderten.

Mikroskopisch war nebst Abflachung der Papillen in der Kutis reichliche Vaskularisation, leichte Entzündungserscheinungen, Bindegewebsneubildung und Schwund der elastischen Fasern nachzuweisen. Für Tuberkulose konnten keine Anhaltspunkte gefunden werden.

Leven wirft sich selbst die Frage auf, ob es sich um eine Atrophia maculosa bei Lues oder durch Lues handelt; für letztere Annahme, meint er, würde die reichliche Vaskularisation und die Vermehrung des kollagenen Gewebes sprechen, welche man bei der idiopathischen makulösen Hautatrophie nicht findet. Dafür spräche auch das Auftreten einer Herxheimerschen Reaktion an den Flecken nach der ersten Injektion. Dagegen spräche weder die Unmöglichkeit des Spirochaetennachweises, noch auch die Erfolglosigkeit der Therapie, wenn auch L. meint, daß die Therapie das weitere Auftreten von Atrophien vielleicht verhindert habe. Dagegen mahne das Fehlen von starken Infiltraten und degenerativen Veränderungen in denselben zur Vorsicht bei der Beurteilung.

Der bisher best beobachtete Fall stammt aus der letzten Zeit, u. zw. von Pelagatti. Eine 40jährige Patientin hatte 6 Jahre vorher eine syphilitische Infektion erlitten. Nach mehreren Rezidiven trat 5 Jahre nach der Infektion ein über den ganzen Körper ausgebreitetes papulöses Exanthem, zugleich eine linksseitige Fazialisparese auf.

Bei Beginn der Behandlung konstatierte Pelagatti neben einem tubero-papulösen Syphilid auch Pigmentierungen nach Papeln. Am auffallendsten jedoch waren verschieden große, wie alte Narben aussehende Flecke von weißer, rosaroter bis violetter Färbung, welche entweder unter oder im Niveau der normalen Haut lagen, ja dasselbe sogar überragen konnten. Die Oberfläche der Makulae war leicht gerunzelt und wurde beim Anspannen glatt, die Haut erwies sich beim Betasten deutlich an Masse vermindert, auch hatten die Ausführungsgänge der Haarbälge und Knäueldrüsen an Zahl abgenommen. Die Haut an diesen Flecken war verdünnt, nachgiebig, leichter abhebbar. Sensibilität intakt. Die Makulae entsprachen in Sitz, Form und Größe genau den vorher bestandenen Papeln, wie die Patientin behauptete und sich Pelagatti auch im weiteren Verlaufe überzeugen konnte. Unter Hg und Jod involvierten sich die Papeln, an ihre Stelle traten unter langsamer Umwandlung die Makulae, welche an Umfang durch nachträgliche Verbreiterung nicht zunahmen.

Hervorheben möchte ich noch, daß die Pat. auf Tuberkulin nie reagierte. Dagegen war sie hochgradig kachektisch, da sie gleichzeitig an Sumpffieber litt.



Der histologische Befund der Papel ergab die Charakteristika eines tubero-papulösen Syphilids. An den Stellen der lymphozytären Infiltrate waren Bindegewebe, glatte Muskulatur und elastische Fasern vollständig geschwunden.

In einer Pigmentplaque sind die knötchenförmigen Infiltrate zurückgegangen, doch findet sich eine perivasale Infiltration und Veränderungen des Gefäßendothels im Sinne einer Endovaskulitis. Es haben sich die Bindegewebsfasern partiell regeneriert, dagegen besteht ein fast vollständiger Schwund der elastischen Fasern, die Haarbälge und Knäueldrüsen im Bereiche der Veränderung sind stark vermindert.

Während sich nun das Bindegewebe im atrophischen Fleck regeneriert hat, sieht man zwar auch an den elastischen Fasern anfangs eine solche Tendenz, doch wird die Entwicklung derselben bald gehindert, ja die bereits neugebildeten elastischen Fasern gehen zugrunde, so daß schließlich im Bereich der Makula in Form eines Kegels mit der Basis gegen das Epithel das elastische Fasernetz vollkommen fehlt; auch die Hautadnexe sind größtenteils geschwunden, so daß es trotz Regeneration der Bindegewebsfasern zu einem wirklichen Verlust in der Kutis gekommen ist, daher die Einsenkung an der Oberfläche. Das darüberziehende Epithel ist zu groß geworden und legt sich in leichte Falten.

Hier möchte ich in aller Kürze auf einen Fall eingehen, von dem oft im Zusammenhange von makulösen Atrophien bei Syphilitikern die Rede war, der aber gewiß nicht in diese Gruppe gehört. Es handelt sich um den Fall von Fordyce, welcher denselben durch Jahre beobachtet hat. Es ist dies zweifelsohne eine idiopathische Hautatrophie vom Typus Buchwald, wenn auch zerstreut einzelne atrophische Herde als rote, leicht infiltrierte Flecke begannen. Die Lokalisation und der Verlauf der Hauptherde an den distalen Enden der Extremitäten ist ganz charakteristisch.

Das Bild wird nur durch eine gleichzeitige luetische Erkrankung mit hauptsächlicher Beteiligung des Zentralnervensystems und der kleineren Gefäße getrübt. Doch ist Fordyce selbst außerordentlich vorsichtig in der Beurteilung des Zusammenhanges dieser beiden Erkrankungen und läßt die Möglichkeit eines zufälligen Nebeneinander zu, zumal die Atrophie Jahre vor manifester Nervenlues bestanden hat.

Das kleinzellige Infiltrat besteht aus Leukozytenherden mit Plasma- und Mastzellen. Dagegen konstatiert Fordyce wie ich hervorheben möchte, eine Peri- und Mesovaskulitis, spricht jedoch nicht von einer Endovaskulitis. Auch scheint eine spezifische Therapie wohl auf die luetischen Erscheinungen, nicht aber auf die Atrophie einen Einfluß gehabt zu haben.

Wie dem immer auch sei, würde dieser Fall höchstens auf die Möglichkeit hindeuten, daß einzelne diffuse, bisher als idiopathisch bezeichnete Hautatrophien als deuteropathisch, durch Lues hervorgerufen anzusehen sind; mit den echten deuteropathischen makulösen Aneto-

dermien hat dieser Fall nichts zu tun. Weitere Beobachtungen werden erst lehren, ob die Lues auch tatsächlich zu diffusen Hautatrophien führen kann.

Im folgenden will ich zunächst kurz die Krankengeschichten und die klinische Beschreibung der hierher gehörigen Fälle wiedergeben, welche ich in den letzten vier Jahren zu sehen Gelegenheit hatte. Wenn bei dem reichlichen Luesmateriale der Abteilung verhältnismäßig nur wenige Fälle aufzufinden waren, so ergibt sich schon daraus, daß die Erkrankung keine allzuhäufige ist.

In allen Fällen, wo es möglich war, wurde auch eine Biopsie angeschlossen. Die in Alkohol oder Müller-Formol konservierten Stücke wurden in Paraffin eingebettet und in kleinen Serien geschnitten. In allen Fällen wurde an Färbungen: Hämalaun-Eosin, polychromes Methylenblau, Pappenheim-Unna und Weigertsche Elastikafärbung gemacht. Auch andere Färbungen wurden selbstverständlich je nach Bedarf hinzugefügt, so insbesonders van Gieson und Levaditis Spirochaetenfärbung.

I. Der erste einschlägige Fall betrifft einen jetzt 28jährigen, kräftig gebauten Monteur P. A.; ich kenne ihn mehr als 5 Jahre und habe ihn schon deshalb möglichst genau beobachtet, weil der Verlauf seiner syphilitischen Erkrankung ein nicht ganz gewöhnlicher war.

Der erste Aufenthalt des Pat. auf der Abteilung fällt in den Herbst 1901. Die Anamnese ergab nichts Besonderes. Ein Jahr vorher litt er an einem Ekzem der Hände. Zu uns kam er mit exulzerierten Sklerosen im Sulcus coronarius links, Skleradenitis inguin. dextra, chron. Ekzem der linken Hand. Bis zu seiner Entlassung nach mehreren Wochen waren keine Allgemeinerscheinungen aufgetreten.

Am 6./I. 1904 erfolgte seine abermalige Aufnahme auf die Abteilung wegen eines dichten, klein- und großpapulösen Syphilids an Stamm, Extremitäten, Gesicht, Stirn; Papeln am Skrotum, an der Glans, universeller Lymphadenitis, wozu sich am 20./I. noch eine linksseitige Iritis hinzugesellte. Bei seiner Entlassung am 27./II. nach 11 grauen Ölinjektionen war das Exanthem stark zurückgebildet, die Epidermis darüber leicht gerunzelt. Von Narben oder narbenähnlichen Effloreszenzen war am Körper nichts zu sehen.

Schon nach kurzer Zeit, am 18./IV. 1904, wurde der Pat. wegen einer Hemiplegie auf die Abteilung gebracht. Diese war ganz plötzlich 4 Tage vorher aufgetreten. Der dermatologische Status bot ein fast vollständig involviertes papulöses Syphilid am Stamm und an den Extremitäten, nässende Papelgruppen am Skrotum, Leukoderma am Halse; daneben waren reichlich Pigmentationen vorhanden, doch noch keine



Narben, die Haut war an Stelle einzelner der früheren Effloreszenzen leicht gefältelt. Ohne mich auf den genaueren Nervenstatus einzulassen, referiere ich nur, daß es sich um eine rechtsseitige Hemiplegie gehandelt hat infolge einer Herderkrankung im hintersten Teile der linken inneren Kapsel auf Grundlage der luetischen Erkrankung. Unter kombinierter Jod-Quecksilberbehandlung besserte sich der Zustand rasch, so daß Pat. am 11./IV. in ambulatorische Behandlung entlassen werden konnte.

Als sich der Mann etwa 1 Jahr später wieder in der Ambulanz präsentierte, fiel mir vor allem die Veränderung an der Haut auf, welche später genauer besprochen werden soll. Zunächst sei erwähnt, daß Pat. noch einige Rezidiven von papulösem Syphilid, zuletzt ein gummöses Ulkus im Sulcus coronarius rechts durchzumachen gehabt hat, welche auf entsprechende Therapie stets rasch zurückgingen.

Die nun zu beschreibenden Veränderungen an der Haut haben, wie ich gleich vorwegnehmen will, ihr Aussehen während der ganzen Zeit der Beobachtung durch drei Jahre nicht verändert. Es handelt sich um narbig aussehende Partien von Mohnkorn- bis zu Linsen- und Kirschengröße, welche den ganzen Stamm, spärlicher die Unterbauchgegend und die Oberarme einnehmen, während Vorderarme, untere Extremitäten, Gesicht und Skrotalhaut völlig frei sind. Sie stehen meist einzeln, nur ausnahmsweise zu einer kleinen Gruppe vereinigt und sind am Stamme deutlich den Spaltrichtungen der Haut entsprechend angeordnet. Die „Effloreszenzen" sind von ovaler Form, die Haut darüber ist leicht gefältelt. Sie überragen ein wenig das Niveau der umgebenden Haut; dieser Niveauunterschied läßt sich durch Zug nicht ausgleichen, die meisten fühlen sich auch etwas derber, substanzreicher an. Gegen die Peripherie zu flachen sie sich allmählich ab und sind gegen das Gesunde ziemlich scharf abgegrenzt.

Während seines Spitalsaufenthaltes im April 1906 hatte ich beim Patienten zwei Probeexzisionen gemacht; die Vereinigungsstellen, besonders aber die Stichkanäle in der Haut zeigten ein Jahr später deutlich hypertrophische Narbenbildung. Eine ähnliche Veränderung trat an einer Exzisionsstelle auf, welche von einer Probeexzision vor $^1/_2$ Jahre herrührte.

Anfangs 1907 waren die hypertrophischen Narben an den Exzisionsstellen fast vollständig abgeflacht, nicht derber als die Umgebung; auch an vielen „Effloreszenzen" hatte die Derbheit abgenommen, diese fühlten sich jetzt schlaff, substanzärmer an, was besonders dadurch kenntlich wurde, daß der darüber streichende Finger in eine Vertiefung einsank. Solche Partien, welche in schlaffem Zustande das Hautniveau überragten, konnten durch Zug vollständig ausgeglichen werden.

Bei seinem letzten Spitalsaufenthalte (1907) ließ sich um einzelne der Effloreszenzen am Oberarm und an der Schulter ein rotbrauner Halo erkennen, der sich allmählich in der Peripherie verlor, so daß man daran denken konnte, daß sich durch einen frischen entzündlichen Nachschub die narbenartige Stelle zu vergrößern im Begriffe sei. Die genauere

weitere Beobachtung zeigte, daß der rotbraune Ring offenbar unter dem Einflusse der spezifischen Kur schwand, ohne daß es zu irgend einer Änderung im Aussehen oder in der Größe des Fleckes kam.

Schnitte von einer derberen, vorspringenden Stelle der Brusthaut; Hämalaun-Eosin-Präparat: Bei schwacher Vergrößerung setzt sich die leicht erhabene Stelle von der Umgebung ab. Am Epithel derselben keine wesentlichen Veränderungen. Die Epithelzapfen sind z. T. recht niedrig, fehlen auch im Bereiche einiger Papillen ganz.

Der subepitheliale Bindegewebsstreifen scheint an Breite zugenommen zu haben, die Bindegewebsfasern liegen auch näher, dichter beisammen. Besonders deutlich sieht man diese Verhältnisse am van Gieson-Präparate, woran auch zu erkennen ist, daß diese Breitenzunahme gegen die normale Haut zu ziemlich scharf absetzt.

Durch diese Bindegewebsschichte verlaufen zahlreiche Kapillaren, welche häufig von einem Zellmantel aus vorwiegend mononukleären Leukozyten eingescheidet sind. Haarfollikel, Talg- und Schweißdrüsen weisen keine nennenswerten Veränderungen auf.

Die Elastika (Weigert-Färbung) hat an Mächtigkeit stark abgenommen, obwohl überall Fasern zu erkennen sind; doch sind dieselben weniger zahlreich und dünner und bilden kein eigentliches Netz in der subpapillären Schichte. In den Papillen sind sie zum Teil noch schön reiserartig angeordnet. Ein zirkumskripter vollständiger Ausfall derselben ist nirgends zu sehen. Sowohl innerhalb des Herdes, besonders aber an dessen Grenzen sind Bruchstücke von elastischen Fasern, stellenweise mit gespaltenen Enden zu erkennen.

Schnitt aus der hypertrophischen Nahtstelle: Hämalaun-Eosin. Die Epidermis und das darunterliegende Korium ist an einer zirkumskripten Stelle in Form eines flachen Buckels vorgewölbt, die Epidermis zieht fast vollständig glatt ohne Papillenbildung über das Korium hinweg. Im Korium läßt sich ein Herd aus etwas kernreicherem Bindegewebe abgrenzen, dessen Bündel schmäler und dichter aneinander gelagert sind und mehr gestreckt und parallel verlaufen. In dieser Partie finden sich einzelne Zellzüge, welche offenbar Gefäßen entsprechen.

Bei Elastikafärbung grenzt sich dieser Herd noch deutlicher ab, indem in der Umgebung desselben die elastischen Fasern in normaler Weise und Stärke vorhanden sind, während sie an der Grenze keine Fortsetzung finden. Im Herde selbst finden sich zahlreiche, außerordentlich zarte und feine neu gebildete elastische Fasern. In den basalen Zellen des Epithels ist ziemlich reichlich rotbraunes Pigment abgelagert.

Die zweite Exzision betraf eine Stelle, welche unter dem Niveau der Umgebung lag und sich substanzärmer anfühlte. Das histologische Bild ergab auch hier am Epithel keine Veränderungen. Um die Gefäße in der Kutis waren noch immer Infiltrate vorhanden, doch nicht so starke wie in dem früheren Schnitte. Dagegen war auffallend, daß im van Gieson-Präparate von einer Vermehrung des Bindegewebes



in der subpapillären Schichte jetzt nichts zu sehen war. Das elastische Gewebe erwies sich ebenso wie bei dem früheren Schnitte spärlicher als normal, die Fasern waren dünn und zart, besonders in der subpapillären Schichte. Auch in den vorhandenen niedrigen Papillen waren elastische Fasern, zum Teil sehr gut erhalten, zu sehen, während dort, wo die Papillen verschwunden waren, auch das elastische Gewebe stark reduziert war.

II. B. Th., ein 28jähriger Mann, welcher bis vor 7 Jahren stets gesund war. Damals (1901) akquirierte er eine Lues, die an der Abteilung mit 10 grauen Ölinjektionen behandelt wurde. Vor 3 Monaten trat ein zirzinäres makulöses Syphilid auf, weshalb er sich wieder in Behandlung begab; dasselbe heilte unter einer Hg-Kur glatt aus.

Bei dieser Gelegenheit bemerkten wir über den ganzen Stamm zerstreut etwas hellere, an der Oberfläche fein gefältelte Flecken, welche beim Zusammenschieben der Haut über das Niveau vorsprangen, während bei Zug die Oberfläche vollständig glatt erschien. Die Flecken fühlten sich etwas substanzärmer als die normale Haut an. Sie sollen vor $2-2^1/_2$ Jahren angeblich ohne ein vorausgehendes Exanthem entstanden sein. Aussehen, Größe und Zahl soll sich seither nicht geändert haben.

Es war mir in diesem Falle nicht möglich, eine Biopsie anzustellen.

III. Pat. T. J., 32 J. alt, wurde am 2./IV. 1908 wegen eines Eczem en plaques an beiden unteren Extremitäten auf die Abteilung aufgenommen, welches unter Wilkinson und Teerzinkpasta abheilte. Vor 6 Jahren war bei ihm ein kleinfleckiges Exanthem aufgetreten, welches als syphilitisches angesehen wurde. Er machte deshalb mehrfach Schmier- und Injektionskuren mit Hg durch. An eine Sklerose weiß sich Pat. nicht zu erinnern. Die genauere Untersuchung des Patienten ergab, daß er auch an einer chronischen Nephritis leide.

Über den ganzen Stamm zerstreut fanden sich bei seinem letzten Spitalsaufenthalt ovale, bei gespannter Haut im Niveau liegende, bei relaxierter Haut leicht über das Niveau vorspringende, weiß verfärbte Hautpartien von Hanfkorn- bis über Kirschengröße. Die Haut war leicht gefältelt, von weißer Farbe; spannte man die Haut an, so konnte man beim leichten Darüberfahren mit dem Finger selbst kleinere Effloreszenzen in vielen Fällen ohne hinzublicken konstatieren; man hatte das Gefühl, als ob der tastende Finger in eine ganz seichte Mulde geriete, bei den größeren Effloreszenzen war die Empfindung ganz deutlich, Extremitäten und Gesicht waren vollständig frei.

Pat. gab an, daß er die narbenähnliche Affektion an der Haut, die er gut kannte, nach seiner syphilitischen Infektion, doch ohne ein vorhergehendes Exanthem bekommen habe. Eine Jodakne habe keine Narben hinterlassen. Mit dieser Angabe würde auch stimmen, daß das Gesicht vollkommen frei blieb, trotzdem die Jodakne gerade im Gesichte am stärksten war.



Die Stücke zur histologischen Untersuchung wurden dem obersten Anteil des Oberschenkels entnommen.

Hämalaun-Eosin-Präparat: Die Epithelschichte ist meist gut ausgebildet, nur an einzelnen Stellen ist das Stratum germinativum ein wenig verschmälert. Die Epithelzapfen sind meist recht niedrig, fehlen streckenweise sogar ganz; dementsprechend sind die Papillen zum Teil niedriger, zum Teil ganz fehlend. Die Gefäße sind in der Papillarschichte entsprechend zahlreich vorhanden, einzelne von ihnen werden von einem dünnen Zellmantel begleitet, der fast nur aus mononukleären Leukozyten besteht. In der Tiefe lassen sich keine wesentlichen Veränderungen erkennen.

Am elastischen Fasernetze ist nirgends ein vollständiger Mangel desselben zu entdecken; allerdings sind die Fasern vielfach sehr dünn und weniger zahlreich als normal, besonders in der subpapillären Schichte. Doch läßt sich dies nur bei Vergleich mit benachbarten gesunden Partien erkennen, so gering ist der Unterschied. Daneben findet man, besonders gegen die Tiefe zu, stäbchen- und knopfartige, dickere Faserstücke. Wo Papillen vorhanden sind, finden sich auch die elastischen Fasern ziemlich gut als Bäumchen ausgebildet. Das sonst geschlossene subpapilläre Fasernetz ist zwar angedeutet, doch vielfach unterbrochen und an diesen Stellen durch kurze, stäbchenförmige Fasern ersetzt. Wir müssen demnach sagen, daß zwar eine Degeneration und ein Ausfall der elastischen Fasern zu konstatieren ist, doch nirgends, selbst nach Durchsicht von Serien ein vollständiger Mangel.

IV. Pat. B. G. wurde am 29./VII. 1908 wegen Skabies aufgenommen; sie war angeblich stets gesund mit Ausnahme einer i. J. 1906 akquirierten Lues, welche zunächst mit 26 Einreibungen, noch im selben Jahre mit 11 Salizylquecksilberinjektionen behandelt wurde. 1907 mußte Pat. wieder ein Spital aufsuchen und bekam dort abermals 11 Hg-Salizyl-Injektionen. Damals wurde sie auf „Narben" am Rücken aufmerksam gemacht, doch wußte sie über die Art der Entstehung nichts mitzuteilen.

Es fanden sich am Rücken, besonders an der Haut über und zwischen den Skapulae linsen- bis hellerstückgroße, etwas heller weiße Stellen, die bei Relaxation über das Niveau prominierten und an denen der darüberstreifende Finger einen deutlichen Defekt wahrnehmen konnte. Einzelne waren von einem etwas stärker pigmentierten Ring umgeben. Die Oberfläche der Haut wies keine Spuren vorhergehender Ulzerationen auf, das Hautrelief war vollständig gut erhalten, die Hautporen, Haarfollikel deutlich zu erkennen.

Da die Patientin eine Exzision verweigerte, kann ich über den histologischen Befund nichts aussagen.

Wenn auch der Beweis nicht strikte zu führen ist, daß es sich um eine Atrophia maculosa luetica handelt, so führte ich den Fall doch kurz an, da die Makulae sicher nach der



luetischen Infektion der Patientin aufgetreten sind, so daß man mindestens von einer Atrophia maculosa in luetica sprechen kann.

V. Patientin S. Pf., 35 Jahre alt, wurde am 6./X. 1907 mit folgender Diagnose aufgenommen: In Involution begriffene Papeln an den kleinen Labien, Erosion an der Portio, Skleradenitis inguinalis bilateralis, Lymphadenitis universalis. Großmakulo-papulöses Syphilid am Stamm, Extremitäten, Gesicht, Plaques an der Mundschleimhaut.

Das Exanthem bestand seit Mitte Juli am ganzen Körper, 2 Frühgeburten im 7. und 6. Monate vor 2 und 1 Jahre, 1 Abortus vor $^3/_4$ Jahren; sonst war Pat. stets gesund.

Sie bekam zunächst bis zum 28./XI. 36 Einreibungen. Trotz dieser ziemlich energischen Kur und Jodkali ging das Exanthem kaum zurück. Da jedoch Pat. ziemlich stark herabgekommen war, wurde mit Hg ausgesetzt, sie bekam Decoct. Sarsaparillae inspissatum und entsprechende roborierende Diät. Am 19./XII., nachdem sich Pat. einigermaßen erholt hatte, wurde eine vorsichtige $Hg\text{-}Cl_2$-Injektionskur eingeleitet, unter der das Exanthem sich langsam involvierte.

Anfangs Januar 1908 konnte man nun an Stelle einzelner Papeln am Stamme die Haut leicht gefältelt finden, keine Schuppung; die Farbe war rotbraun. Die Fältelung ließ sich bei geringem Zug vollkommen ausgleichen; eine Substanzverringerung war bei einzelnen Flecken durch Darüberstreichen des Fingers deutlich wahrzunehmen. Die Affektion zeigte sich fast ausschließlich am Rücken und an den Seitenteilen des Thorax, Brust- und Bauchhaut waren frei.

Als ich die Patientin einige Monate später wieder sah, war ein großer Teil jener scheinbar atrophischen Stellen vollständig geschwunden, an Stelle einzelner derselben war eine schmutziggraue Verfärbung zu konstatieren. Dagegen sprangen die restlichen Stellen bei schlaffer Hautbeschaffenheit deutlich über das Niveau hervor, konnten aber durch Anspannung der Umgebung sofort ausgeglichen werden. Der Substanzverlust war durch den Tastsinn leicht und deutlich wahrzunehmen. Die Oberfläche der Flecke war leicht gefältelt, die Haarfollikel ein wenig klaffend. Die Stellen erschienen etwas heller weiß gefärbt als die übrige Haut und wurden von einem dunklen Pigmenthof umgeben.

Während des Spitalsaufenthaltes wurde bei der Patientin einmal eine Tuberkulininjektion mit negativem Ergebnis gemacht. Auch die klinische Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für ein internes Leiden, insbesonders keinen Verdacht auf Tuberkulose.

Die Exzision wurde bei dieser Patientin am Rücken vorgenommen. Im Hämalaun-Eosinpräparate zeigt sich die Epithelschichte wenig verändert. In den basalen Epithellagen liegt reichlich rotbraunes Pigment. Die Epithelzapfen fehlen oft im Bereiche mehrerer Papillen. Die subpapilläre Bindegewebsschichte ist leicht ödematös durchtränkt mit eingestreuten Leukozytenherden. Um die Gefäße sind die Leukozytenansamm-



lungen besonders reichlich, doch finden sich solche auch spärlicher um Haarfollikel und Talgdrüsen, dagegen reichlicher um die Schweißdrüsenknäuel.

Während die größeren Gefäße in der subpapillären Schichte außer den Zellmänteln normal erscheinen, sieht man an einzelnen kleinen Gefäßen ein deutliches Vorspringen der Endothelzellen ins Lumen. Besonders schön ist dies an Präparaten zu sehen, welche nach Unna-Pappenheim und mit polychromem Methylenblau gefärbt sind. Auch die größeren Gefäße der Subkutis sind z. T. noch von Leukozyten umgeben, doch ist nirgends eine Verengerung des Lumens durch Endothelwucherung vorhanden. Sehr deutlich erkennt man bei den beiden letzten Färbemethoden, daß zahlreiche Plasma- und auch Mastzellen in den Infiltraten vorhanden sind.

Stark ausgeprägt sind in diesem Falle die Veränderungen am elastischen Gewebe. Dort wo die Papillen gut erhalten sind, zeigt sich auch am elastischen Gewebe keine Veränderung: der subepitheliale Streifen ist deutlich ausgebildet, schickt seine Fasern nach oben und dort verzweigen sich dieselben in den Papillen und zerteilen sich in feinste Fäserchen in den Papillenspitzen.

Dagegen scheint an jenen Stellen, die auch schon durch die Abflachung oder das Fehlen der Papillen auffallen, bei schwacher Vergrößerung in der subpapillären Schichte ein vollständiger Mangel an elastischem Gewebe vorhanden zu sein, während subepithelial noch vielfach Bäumchen desselben zu finden sind, die dann sozusagen in der Luft hängen. Bei starker Vergrößerung springt zwar die Rarefizierung des elastischen Gewebes sofort in die Augen, doch lassen sich dann noch feinste, kurze, oft nur schwach blau tingible Fäserchen erkennen. An der Grenze zwischen subpapillärer Schichte und dem Korium liegen oft kurze Bruchstücke von elastischem Gewebe, das wie abgebrochen, an den Enden gespalten aussieht.

Die Zone der stärksten Degeneration ist demnach die subpapilläre Schichte. Dabei muß konstatiert werden, daß der stärkste Mangel an Elastika nicht gerade an die leukozytären Infiltrate gebunden ist, sondern daß vielfach in diesen elastische Fasern zu erkennen sind, ohne daß an ihnen Zeichen beginnender Degeneration vorhanden wären. Um die Haarbälge und Drüsen ist das Fasernetz gut ausgebildet; in den tieferen Partien des Schnittes ist zwar dasselbe stellenweise auch ein wenig rarefiziert, doch keineswegs in nennenswertem Grade.

Man kann in einem Schnitte mehrere veränderte und normale Stellen abwechselnd finden, wobei dann die ersteren oft in Form einer Kuppe sich über die letzteren erheben. Die Form der Territorien des Faserausfalles ist eine verschiedene, meist runde oder ovale, doch mitunter auf dem Durchschnitte auch eine dreieckige, so daß sie der bei der Dermatitis atrophicans maculosa idiopathica sehr ähnelt, indem sie die Form eines Kegels einnimmt, dessen Basis dem Epithel zugekehrt ist.



VI. A. G., 32jähr. Schlossergehilfe, wurde am 27./XII. 1907 aufgenommen. Er wurde vor 2 Jahren auf der Abteilung wegen Syphilis mit 10 grauen Öl-Injektionen behandelt, im September desselben Jahres bekam er 8 3% $Hg\text{-}Cl_2$ Injektionen wegen eines Rezidivs.

Sechs Wochen vor der jetzigen Aufnahme akquirierte er ein Geschwür am Gliede, dem rasch eine rechtsseitige Leistendrüsenentzündung folgte; diese wurde in Agram inzidiert, doch ist seit 8 Tagen abermals eine Anschwellung der rechtsseitigen Leistendrüse erfolgt.

Bei der Aufnahme wurde eine Narbe am inneren Präputialblatte und in der Frenulargegend und eine Lymphadenitis inguinalis dextra suppurativa konstatiert. Letztere heilte nach Punktion und Saugung bald aus. Wegen Plaquesresiduen wurde eine Hg-Kur eingeleitet.

Außerdem fanden sich am Stamme zerstreut, ebenso an den Vorderarmen und Oberschenkeln einzelne kirschkern- bis pflaumenkerngroße Stellen, über denen die Haut gefältet war; beim Zusammenziehen der Umgebung sprang diese Partie ein wenig vor; der darüberstreichende Finger fühlte im Zentrum eine ganz leichte Vertiefung gegenüber der Umgebung. Die Färbung war eine bläuliche mit einem Stich ins Violette, während der Rand bei einigen einen schmalen, zart roten Hof aufwies; im ganzen konnte ich 12 solcher Stellen zählen. Daneben waren einzelne rot gefärbte Plaques vorhanden, an denen die Haut stärker infiltriert war.

Pat. gab an, daß die bläulichen Flecke vor Monaten ohne bestimmten Grund aufgetreten seien. Er selbst machte im Spitale in Agram darauf aufmerksam, wo ihm die Ärzte erklärten, dies rühre von Filzläusen her.

Die interne Untersuchung ergab ein negatives Resultat; auch der Nervenbefund zeigte nichts von der Norm abweichendes, die spezielle Sensibilitätsprüfung der blauen Flecke ließ erkennen, daß Pat. an ihnen spitz und stumpf exakt unterschied; ebensowenig war der Temperatursinn gestört.

Trotz negativem objektiven Befund fiel die Pirquetsche Reaktion stark positiv aus, es kam zur zentralen Blasenbildung und oberflächlichen Nekrose der Impfstelle; doch heilte diese dann glatt aus, ohne daß weitere Veränderungen zu konstatieren gewesen wären.

Ich habe den Patienten in den nächsten Wochen und Monaten genau beobachtet und konnte keine nennenswerte Vergrößerung der bestehenden Flecke erkennen, auch traten keine neuen auf. Der rote Rand verschwand allmählich, die roten infiltrierten Flecke gingen noch während des Spitalsaufenthaltes restlos zurück und als sich der Pat. nach einer längeren Pause wieder einmal vorstellte, konnte ich auch von den blauen Flecken keine Spur mehr finden.

Ich hatte Gelegenheit von dem Patienten anläßlich einer Wassermannschen Untersuchung, welche übrigens positiv ausfiel, etwas mehr Serum zu gewinnen. Von demselben spritzte



ich dem Patienten an der Volarseite des linken Vorderarmes, woselbst sich einige Flecke befanden, intrakutan an zwei Stellen 0·1 und 0·2 cm^3 ein. Die entstandenen kleinen Quaddeln schwanden bald, am nächsten Tage war fast nichts mehr davon zu bemerken und auch im weiteren Verlaufe konnte eine Veränderung der Hautstellen nicht konstatiert werden. Bei diesem negativen Ergebnis konnte eine Kontrollinjektion mit Serum eines gesunden Menschen selbstverständlich unterbleiben.

Hämalaun-Eosin: Die Präparate entstammen einer atrophischen Stelle an der Haut des Vorderarmes. Papillen z. T. fehlend oder niedriger, das Epithel zieht dann glatt über die Bindegewebsschichte, dabei sind die Epithellagen an Zahl stellenweise vermindert; meist aber sind die Papillen entsprechend hoch und zahlreich. In der subpapillären Schichte finden sich um die Gefäße einzelne kleine Infiltrate, doch auch in der Tiefe sind solche noch anzutreffen, wo sie sich mitunter auch um Knäueldrüsen lagern. Diese Infiltrate bestehen vorzugsweise aus Lymphozyten mit wenigen Plasmazellen, Mastzellen sind nicht auffindbar.

Die subpapilläre und die Papillenschichte sind aus einem mehr homogenen Bindegewebe zusammengesetzt, welches ödematös erscheint: auch die basalen Epithelzellenschichte zeigt stellenweise ein interspinales Ödem, wie auch die Zellen ödematös verquollen sind.

Weigertsche Elastinfärbung: Ein vollständiger Mangel des elastischen Gewebes ist nirgends zu sehen, dagegen sind die elastischen Fasern vielfach außerordentlich zart und fein im Vergleich mit der angrenzenden gesunden Partie. Bruchstücke und sonstige Degenerationsformen von Fasern sind nur in geringem Grade vorhanden. An peripheren, gesunden Stellen erscheint das Fasernetz ganz normal und ist bis in die Papillenspitzen zu verfolgen.

VII. L. Sch., 37jähr. Kellner, kam am 6./I. 1909 mit Skleradenitis inguinalis bil. und einem periurethralen Abszeß auf die Abteilung. Er hatte vor 5 Jahren eine syphilitische Infektion durchgemacht, bekam damals 30 Einreibungen, kurze Zeit nachher wegen eines Rezidivs 15 Injektionen jeden 2. Tag und 2 Überstreichungen mit grauer Salbe.

Außer seinem gonorrhoischen Leiden zeigt Pat. am Rücken und besonders an der Außenseite beider Oberschenkel und ad nates linsen-



bis pflaumenkerngroße Flecke von verdünnter Haut, etwas heller gefärbt und an der Oberfläche leicht gefältelt. Der Substanzverlust in der Haut war beim Betasten deutlich wahrnehmbar, auf Zug ließ sich die Fältelung vollständig ausgleichen, doch blieb eine leichte Depression bestehen. Sensibilitätsstörungen waren an den Stellen nicht nachzuweisen, Pat. erkannte spitz und stumpf, Kälte und Wärme vollkommen exakt, lokalisierte auch feinste Berührungen genau.

Auf Befragen gab Pat. an, daß diese Flecke nach dem luetischen Exanthem, das ziemlich lange persistiert hatte, aufgetreten seien, doch wußte er nicht, ob an denselben Stellen vorher Papeln gesessen seien.

Eine diagnostische subkutane Tuberkulininjektion ergab ein negatives Resultat.

Hämalaun-Eosin. Die tieferen Schichten des Gewebes erscheinen vollkommen normal. Auch das Epithel zeigt keine wesentlichen Veränderungen; die Papillen sind an einzelnen Stellen vielleicht etwas niedriger und spärlicher. In der subpapillären Schichte des Koriums sind vereinzelt kleine Anhäufungen von leukozytären Infiltraten um die Gefäße gelegen.

Die Elastikafärbung nach Weigert bringt uns Veränderungen zur Anschauung, die nicht sehr hochgradig sind. Immerhin sind in der subpapillären Schichte des Koriums die elastischen Fasern an einzelnen Stellen feiner und zarter und auch weniger zahlreich als in der Umgebung, daneben wieder ziemlich plumpe, gerade verlaufende kurze Fasern; ein auffallender Ausfall derselben in der subpapillären Schichte ist nicht zu konstatieren. Ziemlich spärlich sieht man neben einzelnen groben Schollen auch feine in Reihen angeordnete Körnchen (zerfallende elastische Fasern) als Degenerationsprodukte. Die Kontinuität des subepithelialen Streifens der Elastika ist vielfach unterbrochen.

VIII. F. Sch., 29jähr. Kaffeekoch, wurde am 16./VII. 1908 wegen einer Lymphadenitis inguin. suppurativa sin. auf die Abteilung aufgenommen, ausgehend von einem Geschwür der Penishaut. Nach Exkochleation der Drüse trat Heilung ein.

Pat. stand i. J. 1899 an der Abteilung wegen Sklerose und kleinpapulösem Syphilid am Stamm und an den Extremitäten in Behandlung und bekam 36 Einreibungen zu 3·0. Im Januar 1900 suchte er das Spital der Barmherzigen Brüder wegen eines nässenden Ausschlages an den Streckseiten der Arme und Beine auf; er bekam Pasten und Arsen, wodurch er geheilt wurde.

An der Rückenhaut, besonders in den unteren Partien derselben, sowie in der Lendengegend finden sich derzeit zahlreiche hanfkorn- bis linsengroße runde oder ovale Hautpartien, deren Oberfläche leicht gefältelt ist, von etwas hellerer Hautfarbe als die Umgebung, gegen die normale Haut scharf abgesetzt. Bei Zug läßt sich die Fältelung vollständig ausgleichen, beim leichten Darüberstreichen mit dem Finger ist ein deutlicher Unterschied gegenüber der normalen Haut zu tasten.

Pat. gibt an, daß die Stellen an der Lende (und offenbar auch auf dem Rücken, die er nicht beobachten konnte) gleich nach dem ersten



Exanthem aufgetreten sind und zwar sollen diesen Flecken rote Knötchen vorausgegangen sein.

Im Hämalaun-Eosinpräparate aus der Lendengegend zeigt das Epithel außer einer stellenweise auftretenden Verschmälerung nichts Atypisches, nur springt in den basalen Zellen die stärkere Pigmentierung in die Augen. Dagegen finden sich in der subpapillären Schichte, spärlicher in den Papillen zahlreiche Infiltrate meist um die kleineren und größeren Gefäße angeordnet. Solche Leukozytenansammlungen sind auch noch tief in der Kutis besonders um Gefäße und Knäueldrüsen zu sehen.

In diese Leukozytenansammlungen sind besonders in den tieferen Schichten, doch auch höher oben zahlreiche, schön ausgebildete Mastzellen eingestreut, während die Plasmazellen, wenn auch vorhanden, mehr in den Hintergrund treten.

Am Weigertpräparate sind die Veränderungen sehr deutlich zu sehen. Vor allem fällt hier an einzelnen Stellen die besonders starke Pigmentierung in den basalen Epithellagen auf. Die stärksten Veränderungen zeigt das elastische Gewebe. Am Herde selbst fehlt es stellenweise ganz, daneben sieht man außerordentlich zarte feine, schwächer gefärbte Fäserchen, welche eine typische Anordnung gar nicht mehr erkennen lassen. Der Mangel an elastischen Fasern erstreckt sich hoch in die Papillen hinauf, die im allgemeinen niedriger sind, doch nicht vollständig fehlen, es finden sich oft mehrere Papillen nebeneinander, welche kaum etwas von elastischen Fasern erkennen lassen. Andererseits sieht man Zerfall und Schollenbildung auch in der Tiefe um Haarwurzeln und Talgdrüsen.

An der Grenze dieses Herdes beginnt das normale elastische Gewebe wieder, doch sieht man zunächst dem Herde Schollen, abgebrochene Stücke, keulenförmige Gebilde von elastischen Fasern. Unmittelbar daran schließt sich eine schmale Zone mit scheinbar reichlicherer Entwikelung der Elastika, doch könnten die Fasern auch nur zusammengedrängt sein. Die in den atrophischen Herd eingestreuten Lymphozytenherde sind von zahlreichen feinen elastischen Fasern durchzogen, während andere leukozytenfreie Stellen oft keine Elastika erkennen lassen.

IX. V. M., 35jähr. Kutscher, wurde am 16./III. 1908 aufgenommen mit der Diagnose: Kachexie, exulzerierte Gummen am harten Gaumen, Narben nach Gummen an den unteren Extremitäten. Periostale Gummen am linken Vorderarm.

Pat. akquirierte im April 1906 die Sklerose, bekam 5 graue Ölinjektionen und entzog sich dann der Behandlung. August 1906 14 Hg salicyl. 10% 1/2 Spritzen wegen eines papulo-ulzerösen Rezidivs und einer Periostitis am Oberarm und Radius linkerseits. Herbst 1907 ulzeröses Syphilid wieder 14 Hg salicyl. nebst Decoct. Sarsaparillae und Jod. November desselben Jahres bis zum Eintritt ins Spital 18 Hg salicyl. 3 Einreibungen wegen der schon damals bestehenden Periostitis.

Bei seinem Eintritt ins Spital wurde mit der Quecksilberbehandlung ausgesetzt, der Pat. unter eine kräftige Jodoltherapie gesetzt, gleich-



zeitig Decoct. Sarsaparillae verabreicht und sein Ernährungszustand gehoben. Daneben wurde ihm eine sorgfältige lokale Therapie an den affizierten Stellen zuteil. So heilten diese glatt ab, Pat. hatte in weniger als drei Wochen um $6^1/_2$ *kg* zugenommen.

In der Sitzung vom 12. Februar 1908 der Wiener dermatologischen Gesellschaft wurde der Patient von Grosz wegen seiner makulösen Atrophien vorgestellt.

Als ich den Pat. bald darnach zunächst in unserer Ambulanz sah, konnte ich folgenden Befund aufnehmen: Am Stamme, besonders in der Gegend des Rippenbogens, vorzugsweise aber an den Vorderarmen finden sich linsengroße und etwas größere Hautpartien, welche leicht unter dem Niveau der normalen Haut gelegen sind, etwas glatter erscheinen und von einem schmalen rotbraunen Hof umgeben sind. Die Farbe derselben ist schmutzig graubraun.

Bei seiner Aufnahme ins Spital hatte sich das Aussehen der Flecke insoweit verändert, als die Oberfläche eine ganz feine Fältelung aufwies.

Während seines Spitalsaufenthaltes schwand nach und nach bei den meisten Flecken der rote Hof, auch schienen einzelne kleinere ganz verschwunden zu sein. — In den nächsten Wochen gingen dieselben vollständig zurück, so daß man nachher absolut kein Residuum derselben wahrnehmen konnte, die Haut erschien vollkommen normal.

Pat. war ein schwerer Potator, hat aber angeblich seit einem Jahre abstiniert. Der interne und Nervenbefund war vollständig negativ; die Pirquetsche Reaktion fiel unter Bildung einer Papel am Vorderarm positiv aus, heilte aber spurlos ab. Auf subkutane Injektion von A. T. trat keine Fieberreaktion ein.

Die Exzision wurde bei dem Pat. vom Vorderarm vorgenommen.

In den Schnitten war zunächst vielfach eine ausgedehnte Abflachung bis zum vollständigen Fehlen der Papillen zu konstatieren. Um die Gefäße der subpapillären Schichte zeigten sich sehr ausgedehnte Infiltrate, während die tieferen Schichten der Kutis und Subkutis fast frei von solchen waren. Keine besonders auffallende Pigmentierung der basalen Epithelzellen.

An Präparaten mit polychromen Methylenblau oder nach Unna-Pappenheim gefärbt, erkennt man, daß in den Leukozytenherden sehr reichlich Plasma- und Mastzellen eingestreut sind. Die Endothelien der kleinen Gefäße sind vielfach geschwollen, ins Lumen vorspringend.

Das Weigert-Präparat zeigt uns die ausgedehnten Veränderungen an der Elastika. Dort wo die Papillen abgeflacht sind, findet man nur Rudimente von elastischem Gewebe und dieses verschwindet fast vollständig, wo die Papillen fehlen. Dagegen ist der subpapilläre Elastikastreifen vielfach von dicken rigiden, schwarzblau gefärbten elastischen Fasern gebildet; zwischen diesen und dem Epithel liegen statt eines Fasernetzes nur vereinzelte zarte Fasern, meist nur Bröckeln und klobige starre Stücke von solchen. An anderen Stellen sieht man ein wirres Durcheinander von noch erhaltenen elastischen Fasern und Zerfallspro-



dukten derselben. Dabei sind die Degenerationen nicht an die vorhandenen Infiltrationsherde gebunden, man kann im Gegenteil in diesen oft noch gut ausgebildete Fasern erkennen, andererseits in zellfreien Partien den fast vollständigen Mangel derselben konstatieren.

Als ich im weiteren Verlaufe das Schwinden der Veränderungen bemerkte, bezeichnete ich eine Stelle genauer und einige Wochen nach Rückkehr derselben ad integrum exzidierte ich sie. Auch histologisch konnte ich nun außer einer geringen Abflachung der Papillen und etwas stärkerer Pigmentanhäufung in den basalen Epithelschichten keine Abweichungen von der Norm erkennen. Um die Gefäße waren noch einzelne Infiltratreste vorhanden.

Bezüglich der Form des Faserausfalles möchte ich noch erwähnen, daß neben runden oder ovalen Partien auch dreieckige vorkommen, und ganz ähnlich denen bei der idiopathischen fleckigen Atrophie sind.

X. Schließlich möchte ich noch einen Fall aus der letzten Zeit anführen. Im Juni 1909 kam der 30jährige J. H. in meine Beobachtung, welcher vor ca. 3 Jahren Lues akquiriert und bereits mehrere Kuren durchgemacht hatte. Er suchte das Ambulatorium wegen einer Lues laryngis und einem Rezidiv an der Haut auf.

Über den ganzen Stamm und die Extremitäten zerstreut fand sich ein makulo-papulöses Syphilid; die Papeln waren z. T. bereits in Involution und einzelne zeigten die bekannte zentrale Dellenbildung. Es wurde eine Hg-Kur eingeleitet, unter der das makulöse Syphilid schwand, die Papeln sich, wenn auch bedeutend langsamer, doch allmählich involvierten. Die meisten schwanden vollkommen, eventuell mit Hinterlassung einer rotbraunen Verfärbung.

An Stelle von einigen derselben aber sank die Haut unter das Niveau der Umgebung, wobei die Oberfläche eine leichte Fältelung aufwies, und der darüberstreichende Finger in eine seichte Vertiefung kam. Am Rande ließ sich noch vielfach ein rotbrauner Ring erkennen, auch zentral war noch eine leicht rosa Verfärbung vorhanden.

Als ich den Patienten nach Wochen wieder sah, war von einem Syphilide nichts mehr vorhanden, dagegen persistierten die atrophisierenden Flecke, doch war auch da noch bei vielen ein rotbrauner Ring zu konstatieren.

Der Pat. entschwand dann für längere Zeit aus meinen Augen. Als er im Januar d. J. wieder zu mir kam, war von den verhältnismäßig reichlichen Flecken nur ein ganz kleiner Rest vorhanden, welche vorzugsweise am Rücken, vereinzelt auch an der Brusthaut zu finden waren; die meisten waren glatt ausgeheilt, von einzelnen blieben leichte Pigmentationen zurück.

Die persistenten Flecke wiesen dem tastenden Finger einen deutlichen Substanzverlust auf, waren linsen- bis kronenstückgroß, an der Oberfläche zart gefältelt. Das leichte Vorspringen über die Umgebung ließ sich durch Zug sofort ausgleichen. Die Farbe war weiß, eher heller als die normale Haut, einzelne umgab ein dunkler pigmentierter Ring.

Von einem Infiltrat, einer roten Verfärbung war nichts mehr zu entdecken. Die Sensibilität der Flecke war vollständig intakt.

Eine genaue interne Untersuchung ergab vollständig normalen Befund; auch konnte anamnestisch kein Anhaltspunkt für eine tuberkulöse Erkrankung in der Aszendenz gefunden werden.

Die erste Exzision wurde an Stelle eines atrophisierenden Fleckes mit rotbraunem Ring vorgenommen. In diesen Schnitten erwiesen sich die Epithelleisten vielfach niedrig, die Papillen dementsprechend auch abgeflacht, mitunter in größerer Ausdehnung ganz fehlend. Zahlreiche Infiltrationsherde in den oberen Partien der Kutis, besonders um die Gefäße und um die Talgdrüsen, während in der Tiefe nur geringe Veränderungen nachzuweisen waren in Form von Leukozytenherden um einzelne Gefäße.

Die Infiltrate bestehen, wie das mit polychromen Methylenblau und Methylgrün-Pyronin gefärbte Präparat lehrt, aus mononukleären Leukozyten mit zahlreichen eingestreuten Plasmazellen, ja an einzelnen Stellen findet man ein direktes Plasmom nur aus Plasmazellen bestehend. Mastzellen sind in geringer Zahl vorhanden. Das Endothel der Gefäße ist deutlich gequollen und springt stark ins Lumen vor.

Das elastische Gewebe ist an vielen Stellen vermindert, die Fasern außerordentlich dünn und schwach färbbar; auch bei diesem Falle finden sich in den Infiltraten oft noch elastische Fasern, dort aber, wo die Leukozytenherde sehr massig sind, wird die Elastika zusammengedrängt und verläuft dann in ziemlich dicken, parallelen Zügen. An anderen Stellen findet man ein gut färbbares Fasernetz, wieder an anderen ziemlich reichlich Degenerationsprodukte in Form von Bröckeln und stäbchenförmigen, blauschwarz gefärbten Stücken. Dort, wo Papillen vorhanden sind, lassen sich die Fasern bis in die feinsten Verästelungen verfolgen, wo sie aber fehlen, sieht man zwar subepithelial auch noch einzelne Fasern verlaufen, doch gehen von diesen keine weiteren Zweige ab.

Da in den histologischen Präparaten noch sehr viele Infiltrate vorhanden waren, konnte man annehmen, daß im damaligen Stadium der Prozeß noch nicht abgeschlossen war. Es kam mir daher sehr erwünscht, als ich heuer die Exzision eines definitiv atrophischen Fleckes vornehmen konnte.

Die Leukozyteninfiltrate sind in demselben nur in spärlichen Resten um einzelne Gefäße vorhanden, um die Talgdrüsen keine mehr zu sehen. In den Randpartien sind die Papillen und die entsprechenden Epithelfortsätze gut entwickelt, werden dagegen niedriger und fehlen gegen die Mitte des Herdes zu.

In den Randpartien ist auch das elastische Fasernetz bis in die Papillen hinein gut ausgebildet; gegen das Zentrum zu wird aber das Netz sehr mangelhaft, fehlt in kleinen Bezirken fast ganz oder aber die spärlichen Fasern sind sehr dünn und schwach färbbar, oft parallel zum Epithel verlaufend.



Überblicken wir nun das gesamte uns zur Verfügung stehende Material, so müssen wir zunächst jene Formen von Pseudoatrophie der Haut nach papulösen Syphiliden ausschalten, wo es nach Resorption des syphilitischen Plasmoms zu einer vorübergehenden leichten Vertiefung an Stelle der Papel kommt, die Epidermis darüber eventuell auch leicht gefältelt erscheint. Diese passagere Pseudoatrophie muß von der bleibenden Atrophia maculosa cutis insofern unterschieden werden, als die Veränderungen, welche sich im Anschlusse an die Resorption des luetischen Infiltrates ausgebildet hatten, in sehr kurzer Zeit — binnen wenigen Wochen — sich ausgleichen. Am elastischen Gewebe zeigt sich kein dauernder Ausfall, wie auch z. T. bei meinen Fällen V und X.

Daß in der syphilitischen Papel das elastische Gewebe mitunter recht bedeutenden Schaden leidet, ist schon seit langem bekannt, ich verweise diesbezüglich auf die Arbeiten von Unna, Krösing; dies kommt jedoch nicht allein den syphilitischen, sondern vielen länger dauernden und stärkeren infiltrativen Prozessen zu. — Krösing hat den Verlauf der Degeneration u. a. bei syphilitischen Papeln genauer studiert und kommt zur Annahme, daß gerade das Infiltrat das schädigende Moment für das elastische Fasersystem abgibt, während mäßige Exsudation in die Kutis keinen Einfluß ausübt. — Immerhin erhält sich selbst bei hochgradigen infiltrativen Prozessen ein großer Teil der elastischen Fasern als nicht oder schwach färbbare Gebilde. Nach Abheilung des Prozesses treten die normalen Verhältnisse dadurch wieder ein, daß die auseinander gedrängten elastischen Fasern zusammenrücken, die farblosen ihre Färbbarkeit wieder gewinnen, so daß dann ein Verlust an Elastika kaum zu erkennen ist. Eine wirkliche Regeneration von elastischen Fasern konnte Krösing bei seinen Untersuchungsobjekten nicht konstatieren. — Auch Oppenheim hat zuletzt bei seinen Versuchen über Einwirkung von Tuberkulin bei Tuberkulösen nur dort eine Schädigung der Elastika konstatieren können, wo es zu Infiltraten gekommen war.

Ganz anders erscheint die wirkliche makulöse Hautatrophie bei Luetikern. Hier sind die Veränderungen dauernd, mindestens durch viele Monate, ja Jahre, soweit meine eigenen



Beobachtungen wie auch die der anderen Autoren beweisen. — Doch auch hier entstehen die atrophischen Herde meist aus papulösen Exanthemen, offenbar deshalb, weil der Entzündungsprozeß ein hochgradiger, das Infiltrat und die Schädigung eine stärkere ist.

Eine Ausnahme von dieser Regel scheinen 2 Fälle aus meiner Serie zu bilden und deshalb möchte ich zunächst auf deren Besprechung eingehen; es sind das die Fälle VI und IX, bei denen sich makulöse, klinisch kaum infiltrierte Stellen gezeigt haben, die dann im Zentrum leicht einsanken, daselbst einen bläulichen Farbenton annahmen, während in der Peripherie noch ein roter Ring zu konstatieren war. — Histologisch war in diesem Stadium neben einer Infiltration um die Gefäße in einem Falle die bekannte kegelförmige Atrophie in der Kutis, wie sie der Atrophia maculosa cutis idiopathica zukommt, vorhanden.

Während sich aber diese letztere oft zur schlaffen Atrophie ausbildet, ja sogar zur Wucherung oder Ausstülpung des Fettgewebes führen kann (Oppenheim), hat sich in unseren beiden Fällen, vielleicht unter dem Einflusse der spezifischen Therapie ein Stillstand im Prozesse kenntlich gemacht, ja nach wenigen Wochen war es zur vollkommenen, glatten Ausheilung ohne Hinterlassung von irgendwelchen Residuen gekommen. — Bei dem einen Patienten V. M. hatte ich Gelegenheit ein vorher genauer bezeichnetes Stückchen der Haut nach Abheilung histologisch zu untersuchen, ohne daß ich irgendwelche Veränderungen finden konnte.

Dem ganzen klinischen Verlaufe und sogar dem Beginne mit Tâches bleues ähnlichen Flecken nach entsprechen diese beiden dem Anfangsstadium der idiopathischen zirkumskripten Hautatrophie.

Es wäre demnach die Möglichkeit vorhanden, daß es sich in diesen beiden Fällen um eine zufällige Kombination von Lues mit Atrophia cutis idiopathica handelt; dagegen spräche nur, daß die Herde zur glatten Ausheilung gekommen sind, ein Ausgang, der bei der idiopathischen Atrophie bis jetzt nicht beobachtet wurde.



Eine ähnliche Kombination zieht auch Leven für seinen Fall in Betracht. Ich möchte jedoch auch für meine zwei Fälle dafür halten, daß es sich um ein echtes makulöses Syphilid handelte, welches die Tendenz zur Atrophie hatte, durch eine frühzeitige energische Behandlung wurde sie jedoch noch zur Ausheilung gebracht. Levens Fall entwickelte sich weiter, zeigte aber nach der ersten Injektion eine deutliche Herxheimersche Reaktion an den Maculae.

Bemerkenswert wäre noch, daß bei dem einen der Patienten noch zur Zeit der bestehenden Maculae eine Pirquetsche Kutanreaktion gemacht wurde, die zu einem retardierten positiven Ausfall führte u. zw. unter Bildung von 2 stark infiltrierten Papeln, welche an der Kuppe sogar kleine Exsudationen bildeten. Obwohl diese Infiltrate durch mehr als 14 Tage bestanden, heilten die Affekte ohne eine Spur von Atrophie glatt aus.

Es würden demnach diese beiden Fälle zu jenen selteneren gehören, wo nach einem makulösen Syphilid Atrophien auftreten. Dies würde sich leicht dadurch erklären lassen, daß es auch bei der Roseola syphilitica zur Zellinfiltration, wenn auch nicht zu so hochgradiger, kommt, wie beim papulösen Exanthem.

Gehen wir noch einen Schritt weiter, so müssen wir auch die Möglichkeit zugeben, daß selbst ohne eine klinisch wahrnehmbare syphilitische Veränderung an der Haut Atrophie eintreten kann, ein Vorkommnis, welches von französischen Autoren beschrieben wurde. Seit den Untersuchungen Neumanns ist ja bekannt, daß syphilitische Infiltrate nach Exanthemen lange persistieren; es können solche auch vorhanden sein, ohne daß sie überhaupt klinisch wahrnehmbar geworden sind. Allerdings ist der direkte Beweis für die Entstehung der makulösen Atrophien ohne vorausgegangenes sichtbares Exanthem nicht geführt worden und dürfte auch schwer zu erbringen sein, da man ja auf die Angaben des Patienten angewiesen ist. Diese Fälle sind dann gewissen syphilitischen Leukodermen oder Alopezien an die Seite zu stellen, welche sich ohne vorhergehendes, sichtbares spezifisches Exanthem entwickeln.

Am häufigsten entsteht die Atrophia maculosa in luetico an Stelle von Papeln und führt zu dauernden Veränderungen in der Haut.





Ein Wachsen der atrophischen Flecke in späterer Zeit konnte ich selbst nie beobachten, und es wurde ein solches auch von keinem Autor bisher einwandfrei konstatiert, wenn auch mehrfach behauptet. — Die Papel sinkt nach und nach ein, bekommt in der Mitte eine Delle, die Oberfläche nimmt eventuell eine leichte Fältelung an und jetzt kann es zur restitutio ad integrum oder aber zur definitiven Atrophie kommen.

Die Flecke sind verschieden groß, sie wechseln von Hirsekorn- bis über Mandelgröße, sie sind rund oder oval und können in verschieden großer Zahl über den Stamm und die Extremitäten verbreitet sein. Auf Kopf oder Gesicht ist eine syphilitische Atrophie bisher nur von Balzer und Lecornu gesehen worden, doch ist gerade dieser Patient zu kurz beobachtet. Die Farbe ist, solange noch Reste des papulösen Infiltrates bestehen, rotbraun, doch läßt sich auch in diesem Stadium noch nicht mit Bestimmtheit sagen, ob es zur dauernden Atrophie kommen wird. Ist diese einmal ausgebildet, so sind die Hautstellen grauweiß oder glänzendweiß und können mitunter von einem stärker pigmentierten Ring umgeben sein.

Die Oberfläche der Makulae ist in seltenen Fällen glatt, meist leicht gefältelt und springt oft über die Umgebung buckelförmig vor. Diese Vorwölbung läßt sich bei Spannung der Umgebung meist vollständig ausgleichen. Der darüberfahrende Finger hat den Eindruck, als ob er, speziell bei etwas größeren Flecken in eine Vertiefung, in eine substanzärmere Partie der Haut geriete.

Nervöse Störungen konnte ich niemals nachweisen, weder was Kälte- und Wärmeempfindung anlangt, noch auch bezüglich der Schmerzempfindung. Selbst feinste Berührungen werden empfunden, Prüfungen mit dem Ästhesiometer ergaben keine Unterschiede gegenüber der normalen Umgebung.

Während nun der klinische Aspekt ein ziemlich einheitlicher und gleichmäßiger ist, lehrt uns die mikroskopische Untersuchung, daß wir mindestens zweierlei Formen unterscheiden müssen.

Bei der einen Form sind die mikroskopischen Veränderungen sehr gering, so wenig prägnant, daß sie uns das Zustandekommen des klinischen Bildes allein nicht erklären können. — Bei der



zweiten ist es das elastische Fasernetz, welches am meisten gelitten hat und stellenweise entweder vollkommen zerstört oder so in Unordnung gebracht ist, daß uns das Nachgeben der Hautpartie verständlich wird. — Bei beiden Formen kann das Epithellager fast vollständig intakt sein, immerhin finden sich mitunter Verschmälerungen desselben, nicht selten eine Abflachung oder ein vollständiges Fehlen der Papillen. — Das Pigment ist meist entsprechend vorhanden, ja mitunter besonders in den Randpartien der Plaque sogar stärker entwickelt, so daß man, wie dies einige Autoren tun, die weiße Farbe nicht so sehr auf Pigmentmangel, sondern auf das Fehlen der elastischen Fasern, resp. die geringere Ausbildung des subepithelialen Blutgefäßnetzes zurückführen muß.

Was nun die erste Form anlangt, also jene mit geringen anatomischen Veränderungen, so ist sie uns vielleicht am besten repräsentiert durch den Fall Tr. — Neben Abflachung, resp. Fehlen der Papillen ist das subepitheliale elastische Fasernetz zwar vorhanden, doch vielfach unterbrochen.

Die elastischen Fasern sind etwas dünner als normal, weniger zahlreich, vielfach sind auch Degenerationsprodukte derselben auffindbar. In anderen Fällen (VII) findet man neben diesen Veränderungen auch wieder ziemlich plumpe, gerade Fasern, denen der elegante Schwung fehlt. Ein in die Augen springender Ausfall der Elastika besteht nicht. Man kann nun nicht behaupten, daß diese anatomischen Veränderungen allein zur Erklärung des klinischen Bildes genügen, aber immerhin lassen sich auch im mikroskopischem Bilde bei genauer Beobachtung gewisse, eben ausgeführte Abweichungen konstatieren. Es ist wohl erlaubt anzunehmen, daß solchen verhältnismäßig groben sinnlichen Wahrnehmungen viel feinere und tiefere physiologische Veränderungen koordiniert sind. Nicht nur, daß die Elastizität und Widerstandskraft des Fasernetzes gelitten haben könnte, auch die Verteilung des Zuges und die entfallenden Komponenten könnten durch Umlagerungen geändert worden sein und zur Nachgiebigkeit geführt haben, Dinge, welche sich derzeit bei der Kompliziertheit der mitspielenden Faktoren noch nicht fassen lassen.



Leichter, wenn auch in ihren letzten mechanischen Problemen nicht ganz verständlich ist jene zweite Form, bei der es hauptsächlich am elastischen Fasernetz zu schweren destruktiven Veränderungen gekommen ist. — Dasselbe fehlt zum Teile im Bereiche einiger Papillen fast vollständig, nur bei genauer Färbung und Durchsicht sind feinste Fäserchen zu entdecken, welche das Gesichtsfeld schwach färbbar in geringer Anzahl durchziehen und ganz regellos durch die subepitheliale Bindegewebsschichte, die gut ausgebildet ist, verlaufen. — An manchen Stellen, besonders an den Rändern des Herdes und bei jüngeren Stadien des Prozesses sind noch Degenerationsformen von elastischen Fasern in Form von abgebrochenen, keulenförmigen Stücken reichlich zu sehen. — Der ganze Prozeß spielt sich hauptsächlich am subepithelialen Netze ab, während die Papillen, soweit noch solche erhalten geblieben sind, oft noch wohl ausgebildete feine Bäumchen von elastischen Fasern enthalten; eine Degeneration derselben findet erst sekundär statt. In den tieferen Schichten der Kutis ist mitunter auch das elastische Fasernetz in Mitleidenschaft gezogen, doch niemals in hohem Grade.

Die stärkste Alteration erleidet das elastische Gewebe im Zentrum der Plaque, wo es eben häufig fast vollständig fehlen kann, während in der Peripherie wieder elastische Fasern bald wohlerhalten, bald auch degeneriert auftreten. — Die Form des Faserausfalles ist eine mannigfaltige, ganz unregelmäßige, nicht so wie bei der idiopathischen fleckigen Anetodermie, bei welcher sie häufig, wenn auch nicht immer (Oppenheim) kegelförmig, also auf dem Schnitt dreieckig mit der Basis des Dreieckes gegen das Epithel zu ist. — Färbungen auf Elazin, also das basisch färbbare Degenerationsprodukt des Elastins, ergaben mir wie auch anderen Untersuchern negative Resultate.

Am Bindegewebe, der glatten Muskulatur konnte ich überzeugend Veränderungen nicht nachweisen, außer in dem ersten Falle, wo es eben auch zur hypertrophischen Narbenbildung an den Nahtstellen kam. — Auch konnte ich im histologischen Präparate kein Zugrundegehen von Drüsen oder Haarbälgen konstatieren, so daß ich die mitunter makroskopisch

scheinbare Verminderung der Hautporen mehr auf ein Auseinanderziehen derselben zurückführen möchte. — Nur Pelagatti berichtet über eine Verminderung der Hautadnexe, während die Untersuchungen der übrigen Autoren darin keine Abweichung ergeben.

Daß um die Gefäße Zellmäntel aus lymphoidem Gewebe, oberflächlich und auch in der Tiefe vielfach leukozytäre Infiltrate mit eingestreuten Mast- und Plasmazellen oft in recht reichlichem Maße vorhanden sind und sich oft um Drüsen und deren Ausführungsgänge gruppieren, wird uns bei der Art des Grundleidens nicht wundernehmen. — Ähnliche Zellmäntel um die Gefäße, wenn auch nicht so dicht und fast nur aus mononukleären Leukozyten bestehend, finden wir auch bei der idiopathischen Atrophie. — Doch sei hier nochmals hervorgehoben, daß man nicht immer einen Schwund des elastischen Gewebes im Bereiche der Infiltrate konstatieren kann, es kommt völliger Mangel desselben ohne Infiltrat vor, andererseits kann man häufig mitten im Infiltrat gut gefärbte, scheinbar ganz normale Fasern erkennen, die mitunter allerdings auseinander oder zur Seite gedrängt erscheinen, so daß ein direkter Einfluß der Leukozyten nicht immer angenommen werden kann, sondern daß vielleicht gewisse toxische Substanzen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen dürften. — Aus meinen Präparaten scheint mir auch hervorzugehen, daß es zu einer mindestens partiellen Regeneration der elastischen Fasern kommen kann.

Veränderungen an den peripheren Nerven wurden bisher niemals nachgewiesen. — Trotz genauester Durchsicht konnte ich in meinen Fällen keine stärkeren Veränderungen an der Gefäßintima erkennen. Die Endothelien waren mitunter etwas geschwollen und sprangen ins Lumen vor, wodurch das Lumen derselben eine Verengerung erfuhr, doch kam es nicht zu einer Endovasculitis und zu einem eventuellen Verschluß der Gefäße.

Subjektive Beschwerden bestanden niemals, werden auch von anderen Autoren nicht berichtet.

Ohne mich auf Grund des vorliegenden, verhältnismäßig noch spärlichen Materiales auf weitgehende statistische Schlüsse einzulassen, möchte ich doch sowohl bei meinem Materiale als



auch bei dem der anderen Autoren das Vorwiegen des männlichen Geschlechtes betonen, während von der Anetodermia maculosa idiopathica scheinbar mehr Weiber befallen werden. — Worauf die höhere Prozentzahl der Männer zurückzuführen ist, kann ich derzeit nicht mit Bestimmtheit angeben, sei es, daß die Lues bei Männern vielfach schwerer verläuft oder daß bei ihnen die Haut größeren Schädlichkeiten ausgesetzt ist. (Witterung, Potus etc.).

Ich möchte hier einflechten, daß ich vielfach im Schnitte nach Levaditi auf Spirochaeten untersucht habe, doch konnte ich in wirklichen, definitiven Atrophien niemals welche finden.

Eine gesonderte Besprechung erheischt wohl der erste Fall, welcher, obzwar er den ersten Anstoß zu dieser Untersuchungsreihe gab, doch vollständig vom Typus abweicht. Denn wir sehen, daß sich die Flecken schon klinisch von den anderen unterschieden, indem sie sich nicht nachgiebiger als die normale Haut, sondern im Gegenteil derber, substanzreicher anfühlten. Dem entspricht auch der histologische Befund, der eine Hypertrophie des kollagenen Gewebes ergibt. Allerdings war dieser Zustand kein bleibender, sondern nur ein passagerer, denn nach einiger Zeit sind die Flecken in ihrer Konsistenz vermindert, die Oberfläche leicht gefältet, der Finger tastet beim Darüberstreichen eine Delle; im histologischen Präparate ist jetzt von einer Hypertrophie des Bindegewebes nichts zu sehen. — Es dürfte dies darauf zurückzuführen sein, daß die Haut des Patienten in einem gewissen Stadium die Eigenschaft hatte, auf Reize mit Hypertrophie zu reagieren (hypertrophische Narben an Stelle der Nadelstiche) und dieses hypertrophische Bindegewebe verfiel nach und nach wieder der Atrophie. Aber schon im hypertrophischen Stadium macht sich eine Rarefizierung des elastischen Gewebes geltend.

Es würde demnach dieser Fall in jene Gruppe gehören, wo nach syphilitischen Affekten hypertrophische Narben entstehen (Unna), was bei Syphilis seltener vorkommt, während die Tuberkulose häufig zu solchen führt. — Von den früher zitierten Fällen finden wir nur bei Leven eine Angabe, daß es zu einer Neubildung und Wucherung des Bindegewebes gekommen ist. In den letzten Jahren sind von Franzosen einzelne der-



artige Fälle demonstriert und beschrieben worden; darunter finden sich auch solche, bei welchen an einem Patienten beide Ausgänge, also Atrophie und „keloide" Narben zu sehen waren.

So demonstrierte Herrscher 1899 einen 31jährigen Patienten, dessen papulöses Syphilid vor 3 Jahren deutliche atrophische Plaques am Stamme und Halse hinterließ, während ein knotiges Syphilid an den Schultern 2 Jahre später mit Keloiden ausheilte.

Braults Beobachtung zeigt uns einen Patienten, welcher im Gefolge eines tuberoulzerösen Syphilids zahlreiche keloide Narben aufweist. Allerdings kann dieser Fall nicht als ein reiner angesehen werden, denn einerseits kam es zur Geschwürsbildung, andererseits ist nicht gesagt, ob der Patient nicht etwa gleichzeitig an Tuberkulose litt.

Ein Fall, der große Ähnlichkeit mit dem unsrigen hat, wurde von Lenglet und Mantoux mitgeteilt. Es handelte sich um eine peripiläre Syphilis, welche, ohne zu Ulzerationen zu führen, sich in Keloide umwandelte, die im weiteren Verlaufe atrophisch wurden. Andererseits konnten die syphilitischen Effloreszenzen auch direkt in Atrophien übergehen. Im histologischen Bilde sah man außer der Veränderung im Bindegewebe eine vollständige Destruktion des elastischen Gewebes, keine Haarfollikel und keine Talgdrüsen, dagegen waren die Schweißdrüsen gut erhalten.

Darier erinnerte bei dieser Gelegenheit an die Ähnlichkeit mit dem Falle von Lefranc aus Fournier's Abteilung, bei dem sich ein papulöses Syphilid direkt in Keloide umwandelte.

Ganz ähnliche Verhältnisse finden wir bei dem Patienten Renaults, wo sich neben größeren Narben nach einem ersten ulzerösen Syphilid atrophische und nach einem späteren papulösen Syphilid hypertrophische Flecke entwickelten. — Allerdings war der Patient zur Keloidbildung prädisponiert, da er ein Keloid schon vor seiner syphilitischen Erkrankung hatte.

Aus dem angeführten Tatsachenmateriale geht demnach hervor, daß die Involution der sekundären Syphilide in zweierlei Richtung vom Typus des restlosen Verschwindens abweichen

kann, indem es einerseits zu atrophischen Flecken kommt, wobei die Hauptveränderung das elastische Gewebe betrifft, andererseits kann auch eine Neubildung des kollagenen Gewebes eintreten, so daß Flecke vom Bilde der hypertrophischen Narben entstehen. Diese können dann persistieren oder sich noch in Maculae atrophicae umwandeln. — Was die Entstehung der Hypertrophie verursacht, ist nicht bekannt, jedenfalls müssen vorher keine Keloide bestanden haben und auch nachher bei gelegentlichen Traumen keine entstehen.

Die Frage über das Zustandekommen der Anetodermien bei Syphilitikern ist vorläufig noch ungeklärt. Es kommen ja bleibende, zirkumskripte, schlaffe Hautatrophien nicht nur nach Syphilis, sondern, wie schon oben erwähnt, auch bei anderen Hautkrankheiten vor, allen gemeinsam ist wohl, daß eine mehr minder starke Infiltration der affizierten Hautpartie vor längerer Zeit statthatte; denn auch die idiopathische makulöse Anetodermie zeigt anfangs histologisch Infiltration um die Gefäße.

Trotzdem viele Theorien bezüglich der Ätiologie aufgestellt worden sind, müssen wir doch gestehen, daß keine einzige voll und ganz befriedigt. Abzulehnen ist wohl die reine Dehnungstheorie, welche die Franzosen (Balzer, Darier, Brocq) ursprünglich aufgestellt, in letzter Zeit aber selbst größtenteils fallen gelassen haben.

Von den Striae und Maculae distensae (Rille) unterscheiden sich unsere Krankheitsbilder schon dadurch, daß man bei ersteren kaum angedeutet ein Infiltrat finden kann; ferner sind bei den reinen Dehnungsveränderungen die Papillen vorhanden und die elastischen Fasern zeigen an den Rupturstellen aufgerollte Enden.

Aber auch die Versuche von Katsurada sprechen gegen diese Theorie, denn das elastische Gewebe erwies sich gegenüber mechanischen Einwirkungen verhältnismäßig widerstandsfähig. Dagegen hat die darauf folgende Entzündung einen stark deletären Einfluß auf die elastischen Fasern, so daß dieselben in gewissen Fällen schon 5 Tage später verschwinden, aber mitunter nach wenigen Stunden schon weniger färbbar werden.

Auch die trophoneurotische Theorie, welche Mibelli speziell für die syphilitische Anetodermie verfocht und der sich in jüngster Zeit auch Pelagatti wieder annahm, kann einer strengen Kritik nicht standhalten. — Abgesehen davon, daß eine Trophoneurose ohne anatomisch nachweisbare Störung ja doch nur eine Verlegenheitsphrase ist, die uns wenig oder nichts erklärt, finden wir, daß klinisch die wenigsten Fälle am Zentralnervensystem etwas Pathologisches erkennen ließen (ein Vorkommnis, welches die beiden Autoren in ihren Fällen zur Unterstützung ihrer Theorie herbeiziehen), von meinen Fällen eigentlich nur der erste, welcher vor Auftreten der Flecke von einer Hemiplegie auf luetischer Grundlage befallen war. — Die Sensibilität an den Stellen war vollkommen intakt. Auch wäre es schwer verständlich, wieso oft zerstreut über den ganzen Körper nur wenige vereinzelte Flecke entstehen sollen, welche keinen Zusammenhang mit dem Verlaufe eines Nerven erkennen lassen. — Wie Heuss diese Erklärung für die übrigen Anetodermien zurückweist, müssen wir es auch für die syphilitischen tun.

Zudem ist stets im Auge zu behalten, daß wir als erste sichtbare Veränderung die Entzündung in der Kutis, besonders um die Gefäße konstatieren können. Man muß nun nicht zugeben, daß die Leukozyten allein die Schädigung der elastischen Fasern veranlassen (Unna), sondern könnte vielmehr annehmen, daß die Zerstörung der Elastika dem Syphilistoxin zuzuschreiben ist, welches an gewissen Stellen seine Wirkung entfaltet, wo eben infolge von Leukozytenanhäufungen, Zirkulationsstörungen oder anderen Umständen (Gefäßveränderungen) die Möglichkeit geboten ist. Auch könnte beides, sowohl Infiltration als auch Gewebsschädigung durch dasselbe Toxin hervorgerufen werden.

So bestechend diese Anschauung ist, so bleibt sie immer nur Spekulation, so lange wir das Gift nicht kennen. — Auch sind bereits verschiedene Anschauungen über ein zweites Gift aufgetaucht, man dachte einerseits an sekundäre Infektionen mit (unbekannten) Bakterien, andererseits nur an ein Kreisen von Bakterientoxin, ohne daß es zur Aufnahme von Mikroorganismen gekommen wäre.



Den einzigen Versuch, den Nachweis eines kreisenden Toxins zu liefern, unternahm Oppenheim, welcher Serum seiner an idiophatischer makulöser Anetodermie leidenden Patientin subkutan einspritzte, worauf sich an dieser Stelle „ein bläulichroter, linsengroßer Fleck mit teilweise seidenglänzender und gefalteter Oberfläche entwickelte, der sich in nichts von anderen auf natürlichem Wege entstandenen atrophisch werdenden Flecken unterschied. Die Veränderung blieb durch 4 Monate bestehen, es wird darüber nicht berichtet, ob sie in eine Anetodermie überging. Abgesehen davon, daß dieser Versuch bisher vereinzelt geblieben, ist es zu beklagen, daß keine Biopsie gemacht worden ist; man müßte auch die Kontrolliujektion mit Normalserum und nicht mit Kochsalzlösung machen, wie dies Oppenheim tat.

Ich habe in einem meiner Fälle einen ähnlichen Versuch gemacht, aber mit vollständig negativem Resultate; allerdings handelte es sich nicht um eine idiopathische, sondern um eine jüngere postluetische Atrophie.

Die Beobachtungen bei der Dermatitis atrophicans maculosa führten einige Autoren zur Ansicht, das Toxin mit einer floriden oder latenten Tuberkulose in Zusamenhang zu bringen (Jadassohn, Heuss, Thibièrge, Oppenheim). Meine Beobachtungen bei der Atrophia maculosa in luetico können mich nicht dazu veranlassen, dieser Behauptung rückhaltlos beizustimmen, mindestens kann die Tuberkulose allein nicht die Ursache dieser Atrophien sein.

Denn einerseits sehen wir, daß trotz weiter bestehender, wenn auch latenter Tuberkulose eine typisch beginnende Dermatitis atrophicans maculosa in luetico glatt abheilen kann, ohne daß es zur Atrophie kommen muß. Andererseits finden sich unter meinen Fällen solche, bei denen klinisch absolut keine Tuberkulose nachgewiesen werden konnte. Und schließlich scheint es mir nicht unwichtig, darauf hinzuweisen, daß es nicht selten tuberkulöse Luetiker mit einem papulösen Syphilid gibt, bei denen dasselbe ohne eine Spur von Atrophie abheilt. Es handelt sich also entweder um ein von der Tuberkulose unabhängiges Toxin oder aber es müssen ganz besondere, bisher ungekannte Bedingungen sein, unter welchen der Tuberkulöse ein solches Toxin zu bilden imstande ist.

Auch bei der Tuberkulose dürften die Dinge nicht ganz so einfach liegen. — Denn während bei der Lungentuberkulose das elastische Gewebe sich meist sehr widerstandsfähig erweist, gibt es eine Form, die pneumonisch infiltrierende, bei der es frühzeitig und hochgradigen Schaden leidet.

Auch Oppenheim kehrt sich von seinem früheren Standpunkte auf Grund jüngst publizierter experimenteller Untersuchungen ab. Denn eine spezifische, dem Tuberkelbazillus oder dessen Toxinen zukommende Wirkung auf das elastische Gewebe konnte nicht nachgewiesen werden, sondern nur dort, wo sich Zellinfiltrate entwickelt hatten, kam es zu einer Schädigung der Elastika. — Nun können wir bei den atrophisierenden, makulösen Atrophien auch ohne Zellinfiltration ein Zugrundegehen der elastischen Fasern konstatieren und müssen daher noch die Wirkung einer anderen Schädlichkeit annehmen. Solche toxische resp. auch autotoxische Einwirkungen machen Jadassohn, Rodler für die Elazinveränderungen in der Haut verantwortlich, wozu noch andere Schädlichkeiten: Blutfüllung, mechanische Momente hinzutreten könnten.

Für die Arteriosklerose konnten ja verschiedene chemische Gifte (Adrenalin, Nikotin, Phosphorsäure etc.), Bakterientoxine (Infektionskrankheiten) und Blutdruckschwankungen als Ursache für die Veränderungen an der Elastika experimentell festgestellt werden. — Es ist wohl erlaubt, diese Befunde auch auf das elastische Gewebe der Haut zu übertragen und ähnliche Schädlichkeiten anzunehmen (Rodler).

Noch eine Tatsache möchte ich betonen: Nicht alle Papeln, oft nur einige, wenige, können an einem Individuum zur Atrophie führen, denn an unserem letzten Patienten (X.) und bei der Patientin S. Pf. (V.) sahen wir viele Papeln glatt ausheilen, andere Atrophien hinterlassen. — Ferner muß der prädisponierende Zustand kein dauernder fürs ganze Leben sein. — Einer der Patienten kam $^3/_4$ Jahre nach Ausbildung der Atrophie abermals mit einem papulösen Syphilid in meine Beobachtung; dieses heilte unter spezifischer Kur glatt aus. Die Disposition zur Atrophie war demnach nur eine passagere.



Wenn ich nun in kurzem die Ergebnisse der Untersuchungen über zirkumskripte Atrophien bei Luetikern zusammenfassen soll, so würden sie dahingehen:

Das luetische Infiltrat, besonders die Papel führt häufig zu degenerativen Zuständen des elastischen Gewebes; diese sind jedoch für gewöhnlich keine dauernden.

Die wirkliche, echte fleckweise, schlaffe Atrophie ist auch bei Lues ein verhältnismäßig selteneres Ereignis, wenn sie auch scheinbar nicht so selten beobachtet wird, wie die Dermatitis atrophicans maculosa idiopathica. Sicher kann es zu solchen fleckweisen Atrophien an Stelle von Papeln kommen, in selteneren Fällen auch nach einer Roseola. Ob auch ohne vorhergehende, klinisch sichtbare Hautveränderung bei Luetikern Atrophien entstehen können, ist bisher nicht sicher nachgewiesen. Immerhin muß man diese Möglichkeit zulassen, insbesonders im Hinblick darauf, daß auch Leukoderma und spezifische Alopezie ohne vorausgehendes Exanthem auftreten können. Es wäre nichts dagegen einzuwenden, diese Syphilide als atrophisierende Syphilide (Mibelli) besonders zu kennzeichnen.

Eine ausreichende Erklärung für die Ursachen der Elastikadegeneration zu geben, ist derzeit nicht möglich. — Die tuberkulöse Veranlagung des Individuums reicht dafür nicht aus, obzwar sie ein unterstützendes Moment auch für die luetische Anetodermie abgeben kann. — Für die Toxintheorie wie auch für die Elastika schädigende Wirkung der Leukozyteninfiltrate sprechen viele Beobachtungen und Experimente. Als unterstützendes Moment könnte eine dauernde oder vorübergehende geringere Widerstandsfähigkeit des elastischen Gewebes herangezogen werden.

Außer den ersten Befunden der französischen Autoren (Balzer, Reblaub, Darier, Thibièrge u. a.) sprechen die histologischen Untersuchungen nicht dafür, daß es durch Lues bedingte Maculae distensae gibt, wie dies Kaposi, Rille annahmen; ob die obigen Befunde den Tatsachen entsprechen oder nicht richtig gedeutet waren, läßt sich derzeit nicht entscheiden. — Dagegen lassen die neueren Befunde alle die Deutung zu, daß es sich um atrophisierende



Vorgänge im elastischen Gewebe handle, wofür die luetische Infektion, die ja schon allein sehr häufig vorübergehende Elastikadegenerationen macht, oder aber in Konkurrenz mit anderen Schädlichkeiten als Ursache anzusehen ist.

Neben Degeneration des elastischen Gewebes kann es in Ausnahmsfällen auch zu einer Hypertrophie des Bindegewebes kommen, so daß dann Affekte vom Typus der hypertrophischen Narben entstehen. Diese können als solche bestehen bleiben, oder aber das neugebildete Bindegewebe geht wieder zugrunde, so daß daraus schließlich atrophische Flecke resultieren.

Auch diese Hypertrophien könnten durch toxische Ursachen bedingt sein, und das Syphilisgift allein könnte in seltenen Fällen zu dieser Bindegewebswucherung führen. Jedenfalls sind beide Veränderungen, besonders die atrophischen Flecke bei Luetikern, zu der deuteropathischen Dermatitis atrophicans maculosa zu zählen, deren Ursache in diesen Fällen die Syphilis ist.

Es ist mir angenehme Pflicht, Herrn Hofrat Paltauf für das freundliche Interesse, das er an dieser Arbeit genommen hat, meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Balzer. Annal. de dermat. 1888. p. 426. France médicale 1888.
Balzer et Reblaub. Annales de dermat. 1889. p. 617.
Balzer et Faure-Beaulieu. Bull. de derm. et syph. März 1903.
Balzer et Deshayes. Bull. de derm. et syph. März 1906.
Balzer et Lecornu. Bull. de derm. et syph. Juli 1901.
Balzer et Galup. Bull. de derm. et syph. Juli 1907. p. 361.
Brault, J. Bull. de derm. et syph. April 1903. p. 193.
Daulos. Annales de derm. 1897. p. 562. Ibidem 1899. Mai.
Daulos et Dehérain. Bull. de derm. et syph. März 1906.
Darier et Chibret, zit.
Dubois-Havenith. Bull. de la soc. belge de derm. 1906/07. Zit. Monatsh. f. Derm. 1908. p. 365.
Finger. XVI. internat. med. Kongreß. Budapest 1909.
Fordyce, J. A. The journal of cut. dis. 1904. Vol. XXI. p. 155.
Fournier. Traite de la syphilis. Paris 1898.
Grosz, S. Mraček's Handbuch der Hautkrankheiten. 1902.
Hallopeau et François-Dainville. Bullet. de derm. et syph. Juli 1908. p. 238.
Herrscher. Annales de dermat. 1899. II. p. 1070.
Heuss. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXXII. 1901.
Jadassohn, J. II. Kongreß der deutschen derm. Ges. Leipzig.
Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankh. 1900. Traduct. Besnier et Doyon. T. II.
Katsurada. Zieglers Beitr. z. path. Anat. Bd. XXXI.



Lefranc, zit.
Lenglet et Mautoux. Bull. de derm. et syph. Mai 1903. p. 206.
Leven. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XLVI. 1908.
Mibelli. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXX. 1900.
Nivet. Annales de dermat. 1887. T. VIII.
Nobl, G. Wiener klin. Woch. 1903. Nr. 42.
Oppenheim. Arch. f. Dermat. Bd. LXXXI. H. 1. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. 1905. Meran. Kongreß der deutschen dermat. Gesellsch. Frankfurt 1908.
Oppenheim. Wiener klin. Woch. 1910. Nr. 6.
Oppenheimer. Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.
Passarge und Krösing. Dermatol. Studien. 1894. H. 18.
Pelagatti. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XLVIII. 1909.
Renault, Alex. Bull. de derm. et syph. Juli 1908. p. 234.
Rille. 77. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte Meran 1905.
Rodler, C. Arch. f. Derm. 1908. Bd. XCI. H. 1.
Thibièrge. Annal. de derm. 1891. 1905. Pratique dermat. T. IV.
Troisier et Ménétrier. Arch. de med. experim. 1889.
Unna. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift für Neumann 1900. Histopathologie der Hautkrankheiten.
Wilson. Journ. of cut. med. 1867.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. II.

Die beiden Figuren zeigen die differenten histologischen Bilder bei den 2 Formen der makulösen Atrophie bei Luetikern in sehr schöner Weise. Durch die schwarze Farbe sind die elastischen Fasern gekennzeichnet, während das übrige Gewebe durch verschiedene Schattierungen von Grau wiedergegeben ist.

Fig. 1 zeigt den Schnitt von einem Falle mit sehr hochgradigen Veränderungen. In der Basalschicht des Epithels ist reichliches Pigment abgelagert, die Papillen sind sehr niedrig oder fehlend, zahlreiche leukozytäre Infiltrate sind vorhanden. In der subpapillären Schichte findet sich ein großer Defekt der Elastika, trotzdem sieht man noch feinste Fäserchen durch dieselbe und auch durch die Infiltrate hindurchziehen. An der Grenze des Herdes ist das elastische Gewebe eher angehäuft, reichlich mit Degenerationsprodukten desselben untermischt. In den Papillen sind nur Rudimente des elastischen Fasernetzes vorhanden.

Fig. 2 läßt erkennen, daß bei einem anderen Falle die Elastikaveränderungen bedeutend geringer sind. Auch hier finden sich zwar in der subpapillären Schichte einzelne Defekte, doch sind diese sehr klein. Die Fasern in den Papillen sind zum Teil sehr schön als Bäumchen erhalten, zum Teil wenigstens angedeutet. Der subpapilläre Elastikastreifen ist zwar vorhanden, aber an vielen Stellen durchbrochen. Von Infiltraten in der Keimschichte ist fast nichts zu sehen, dagegen sind Papillen und Epithelzapfen stark vermindert.



Aus der derm. Klinik des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Prof. Dr. K. Herxheimer.)

Über Xeroderma pigmentosum.

Von

Dr. **Rolf Schonnefeld,**
Assistenzarzt.

Über das Xeroderma pigmentosum sind schon mehrere ausführliche Arbeiten erschienen, so besonders von Lukasiewicz 1895, Löwenbach 1903, Forster 1904 und in neuerer Zeit von Vignolo-Lutati 1907, die eingehend den jeweiligen Stand der Xerodermfrage behandelten und kritisch beleuchteten. Aber trotzdem sich die Zahl der Veröffentlichungen ständig mehrt, sind noch viele Punkte, besonders Ätiologie und Pathogenese dieser doch seltenen Dermatose nicht geklärt, so daß wir durch Veröffentlichung eines weiteren Falles zur Klärung einiger einschlägigen Fragen beizutragen hoffen.

Was den Namen der Krankheit angeht, so hat die von Kaposi zuerst angewandte Bezeichnung „Xeroderma pigmentosum" entgegen den Synonyma anderer Autoren (Auspitz: Liodermia essentialis; Neisser: Liodermia ess. cum melanos. progressiva; Pick: Melanosis lenticularis progressiva; Taylor: Angioma pigmentosum; Vidal: Dermatose de Kaposi; Crocker: Atrophoderma pigmentos.; Besnier: Pigmentosis epitheliasis; Quinquand: Lentigo épithéliomateuse; Pringle: Melanodermia atrophica.) in der neueren Literatur den Sieg davongetragen.

Am 16. April 1909 wurde wegen einiger warzenartiger Gebilde im Gesicht ein junger Mann in unsere Klinik geschickt, der folgenden Status bot:



Karl St., 26 Jahre alt, Viehtreiber.

Die Eltern des Kranken starben beide in seiner frühesten Kindheit an unbekannter Todesursache. Sie besaßen nach Beschreibung seiner Tante, die den verwaisten Knaben aufzog, blonde Haare, der Vater dunkel, die Mutter heller. Beide hatten blaue Augen. Blutsverwandschaft lag weder bei ihnen noch bei ihren Eltern vor. Sie waren christliche Landbewohner in Unterfranken. Hautkrank seien sie nicht gewesen, nur habe sein Vater ein auffallend rotes Gesicht gehabt. Zwei ältere Schwestern und zwei Stiefschwestern sind ebenfalls blond, blauäugig und von „blütenweißer“ Hautfarbe.

Der Patient selbst weiß nichts von etwa überstandenen Kinderkrankheiten. Er ist angeblich stets gesund gewesen, nur habe er, solange er sich zu erinnern weiß, eine braun-rote Verfärbung des Gesichts und der Hände gehabt.

Nach Angabe seiner Pflegemutter war er bis zum 3. Lebensjahre vollkommen normal. Damals habe sich sein Gesicht erst allmählich verfärbt. Er selbst hat nie subjektive Beschwerden gehabt, außer Spannungsgefühl bei grellem Sonnenlicht. In den letzten 8 Wochen traten unter dem linken Auge zwei warzenartige Knoten auf, derentwegen er aus kosmetischen Rücksichten sich ins Krankenhaus überweisen ließ.

Der Kranke ist etwas über Mittelgröße und von kräftigem Körperbau. Die Muskulatur ist sehr gut entwickelt; das Fettpolster ausreichend.

Lungen, Herz und Nervensystem sind ohne Besonderheiten. Keine Drüsen fühlbar. Die Körperhaut ist trocken, brünett und ziemlich behaart. Urin ohne Eiweiß und Zucker.

Beide Hände sind dorsal bis zwei Querfinger oberhalb des Handgelenks braun-rot verfärbt, mäßig infiltriert und grob gefeldert. Von den Fingern sind nur die ersten Phalangen befallen, die Daumen sind ganz frei. Auf dem Handrücken bis zur Ellenbeuge sich hinziehend, befinden sich zahlreiche stecknadelkopf-linsengroße dunkelbraune Pigmentflecke, obschon die Unterarme stets bekleidet sein sollen. In der Mitte des rechten Unterarmes auf der Streckseite sitzt ein erbsengroßer, harter, dunkel pigmentierter Tumor.

Gesicht, Hals und Nacken und vornehmlich die Rückseite beider Ohrmuscheln sind zahlreich von kleinsten bis linsengroßen braunen Pigmentierungen teils fleckig, teils strichförmig bedeckt, sodaß, nur marmoriert, die an sich schon brünette normale Hautfarbe sichtbar ist. Zahllose Teleangiektasien durchziehen außerdem die Haut, besonders über beiden Jochbögen, und umgeben mehrere auf der Nase und den beiden Jochbeinen befindliche kreisrunde, hirsekorn- bis erbsengroße weiße Narben mit leichter Dellung. Kleinste Knötchen sind vereinzelt am Kinn, an der rechten Wange und am Hals der Haut eingelagert.

Dem äußeren Winkel des linken unteren Augenlides und dem Augenfortsatz des linken Jochbeines sitzt je ein erbsengroßer Tumor mit



breiter Basis auf, von grau-brauner Farbe, feinhöckriger Oberfläche und ziemlich weicher Konsistenz.

Die Haut selbst fühlt sich trocken und derb an, und spannt sich bei dürftigem Fettpolster über den Knochenvorsprüngen, an Jochbein, Kinn, Kieferwinkel etc., so daß das Gesicht einen etwas starren, mumienhaften Ausdruck erhält.

Die Zähne sind intakt. — Die Schleimhaut des Mundes ist gut injiziert, ohne Besonderheiten.

Das Rot der Unterlippe ist blaß und geht ohne scharfe Grenze in das äußere Integument über. Mehrere weiße, unregelmäßige Narben, ähnlich denen des Lupus eryth. der Lippenschleimhaut, sind der Unterlippe eingestreut.

Zur Zeit besteht leichte Konjunktivitis, an der Patient häufiger leidet. Die unteren Augenlider sind durch chronische Blepharitis gerötet, verdickt und nur spärlich mit Zilien bedeckt. Die Farbe der Iris ist von reinem Blau.

Die Haare sind fein, mittelblond, und stehen in normaler Dichte. Der Schnurrbart, von gleicher Farbe, ist sehr spärlich.

Die Intelligenz des Patienten ist nicht gerade hervorragend, aber seine Angaben sind exakt, wenn auch langsam.

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden die beiden erbsengroßen unter dem linken Augenlid und das in der rechten Wangenhaut liegende linsengroße Knötchen exzidiert, in, bezüglich der Konzentration steigendem Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet, und die Schnitte nach den verschiedenen Methoden (Kresylechtviolett, Hämatoxylin-Eosin), v. Gieson, Kromayer (Epithelfasern), Unna-Tänzer (elastische Fasern) gefärbt.

Der dem linken Augenlid selbst aufsitzende weichere Tumor erwies sich als ein einfaches Hämangiom: die Epidermis war normal, die Kutis auf einen schmalen Streifen reduziert. Alles übrige bildete ein großes ziemlich feinbalkiges Bindegewebsmaschenwerk mit reichlichen Kernen. Die mit Endothel ausgekleideten Hohlräume waren zum größten Teil mit Blutkörperchen dicht angefüllt.

Die Basis des Tumors war kapselartig durch derbe Bindegewebsbündel von der Unterlage geschieden.

Ein wesentlich anderes Bild bot der zweite Tumor unterhalb des linken Augenlides. Die Epidermis war auch hier von normaler Dicke. Während streckenweise Epidermiszapfen und Papillarkörper, besonders auf der Höhe des Tumors, verstrichen waren, waren an anderen Stellen die Epidermiszapfen in die Tiefe gewuchert und erstreckten sich bis in ziemlich scharf begrenzte, große Epithelnester der Kutis. Bei schwacher Vergrößerung hatte man den Eindruck, als ob sich die Epidermis kontinuierlich in festem Gefüge in diese Epithelnester fortsetzte, bei starker Vergrößerung sah man jedoch, daß bis in das Stratum spinosum hinauf Epithelzellengruppen durch feine Bindegewebsfasern getrennt wurden. Die übrige Epidermis war ziemlich normal. Wenig Mitosen,



jedoch in der Basalschicht reichlich Pigment, sowohl extrazellulär gelegen, wie auch intrazellulär die bekannte distale Pigmentkappe bildend.

Die Kutis war verbreitert und zeigte in der tieferen Schicht zahlreiche, verschieden große, gut begrenzte Epithelnester, deren Zellen sich in keiner Weise von den Basalzellen unterschieden. Wie oben erwähnt, ließ sich an einigen Stellen ein direkter Zusammenhang mit der Epidermis erkennen. Auffallend waren reichliche große, mit Endothel ausgekleidete Lumina, die hie und da rote Blutkörperchen enthielten. An zweien dieser Lumina, die innerhalb der Epithelnester lagen, ließ sich nun folgendes erkennen: Auf den getroffenen Querschnitten war an einer Stelle das Endothelrohr zerrissen, und in das Lumen hinein waren traubenförmig Epithelhaufen hineingewuchert. An einer Reihe von Serienschnitten ließ sich dieser Vorgang verfolgen, während, je mehr sich die Schnitte der Peripherie des Tumors näherten, die weiten Lumina abnahmen und die Epithelnester vorherrschten.

Die tiefer liegenden typisch gebauten Gefäße waren größtenteils mit Epithelzellen vollgepfropft.

Die Talg- und Schweißdrüsen waren weder abnorm zahlreich, noch erweitert und nur von einem mäßigen, kleinzelligen Infiltrat umgeben; das Lustgartensche Netz der elastischen Fasern wenig entwickelt. Im übrigen war der Tumor auch hier gegen seine Unterlage durch derbe Bindegewebsbündel gut abgegrenzt.

Der dritte kleine, kutan gelegene Knoten der rechten Wange bot das Bild eines schon weiter vorgeschrittenen Basalzellenkarzinoms. Die weiten Lumina fanden sich hier nicht mehr vor. Die Talgdrüsen waren groß und zahlreich, aber der Wangenhaut entsprechend nicht besonders vermehrt.

Die Epithelzapfen und -Nester reichten bis in das tiefere Kutisgewebe hinein, und ohne die markante Bindegewebszone ging die Geschwulst in die normale Umgebung über.

Es handelte sich also hier im ersten Falle um ein reines Hämangiom. Den zweiten Tumor kann man als ein Gemisch von Angiom und Karzinom ansprechen. Wahrscheinlich hat auch hier im Beginn ein reines Angiom vorgelegen, worauf noch die zahlreichen weiten blutgefüllten Lumina hindeuten. Die in die Tiefe gewucherten Epithelzapfen, die hiervon abgeschnürten Zellgruppen, die großen isolierten Epithelnester und die mit Epithel angefüllten tieferen Gefäße zeigen uns das Karzinom. Bemerkenswert ist der Einbruch von Epithelmassen in zwei dieser Angiom-Lumina. Hanke beschrieb im Jahre 1897 bei Xeroderma pigmentosum eine Peritheliomgeschwulst; aber darum kann es sich hier in diesem Falle nicht handeln, da die das weite Lumen regellos umgebenden Epithelzellen den von ihm geschilderten typisch organisierten Bau vermissen lassen. Das Endothel ist an einer Stelle auseinander gerissen, von den eindringenden Epithelzellen ins Lumen eingestülpt und gleich einer Traube ragen die Karzinomzellen ins Lumen hinein.



Der dritte kleinere Knoten hingegen stellt schon ein reines Basalzellenkarzinom dar.

Eine atrophische Partie wurde bei dem Patienten nicht untersucht.

Aus der typischen Lokalisation (Gesicht und Hände), dem Auftreten in frühester Kindheit, den Pigmentierungen, Teleangiektasien, weißen Atrophien und Tumoren geht hinreichend hervor, daß die Kaposischen Forderungen des X. p. erfüllt sind. Die verschiedenartigsten Tumoren sind fast bei jedem veröffentlichten oder demonstrierten Fall klinisch oder histologisch beschrieben. Unser Fall ist in dieser Hinsicht nur insofern bemerkenswert, als es uns gelang, neben Angiom und Karzinom in einer Reihe von Schnitten den Einbruch von Karzinommassen in ein Angiomlumen zu beobachten.

Auffällig ist bei Durchsicht der gesamten zugänglichen Literatur der Umstand, daß besonders bei den älteren Veröffentlichungen die Familienanamnese so stiefmütterlich behandelt worden ist, vielleicht der einzige Weg, Licht in die dunkle Pathogenese dieser interessanten Erkrankung zu bringen. Forster hat sich wohl am eingehendsten mit dieser Frage beschäftigt. Nach seinen Darlegungen ist das X. p. keine direkt vererbte Krankheit, sondern es beruht auf einer angeborenen, eigenartigen Beschaffenheit der Haut, die entweder in einer spezifischen Empfindlichkeit gegenüber den chemisch wirksamen Strahlen oder in einer Senilitas praecox begründet ist.

Diese Anomalie der Haut kann nun einerseits schon in der Aszendenz (Atavismus) vorhanden sein, andrerseits durch Kombination der Keime zustande kommen, indem durch die Summierung zweier fehlerhafter Keimanlagen, oder durch die mangelnde Kompensation eines gesunden Keimes einem krankhaft veranlagten gegenüber, eine fehlerhafte Keimanlage manifest wird.

Durch die Ehe eines Gesunden hingegen mit einem krankhaft veranlagten Individuum wird die Keimanomalie paralysiert oder abgeschwächt, so daß dann das Produkt gesunde Kinder sind. Daß zwei Xerodermkranke eine Ehe eingingen, ist noch nicht beobachtet worden, hingegen zeigen die Fälle von Dubois-Havenith (Mann 19 J. verheiratet, 3 gesunde Kinder; später † an Lippenkarzinom), Ducastel, Herx-



heimer (Mann, 2 gesunde Kinder), Kudisch (Frau, 2 gesunde Kinder) Heitzmann, Thibièrge und Lassar, daß Xerodermkranke normale Kinder zeugen können.

Von Vorkommen des Xeroderms in entfernterer Aszendenz berichten Couillaud, Kaposi-Riehl und Lukasiewicz, die das Leiden bei der Tante des Vaters, des Großvaters bezw. des Vetters der Mutter feststellen konnten.

Für die ererbte Disposition durch die Summierung pathologischer Keimanlagen spricht nun das auffallend häufige Vorkommen der Blutsverwandtschaft unter den Eltern, und gerade in jüngerer Zeit, wo mehr auf diese Punkte geachtet wird, mehren sich die Beobachtungen.

Forster stellt bei 96 Familien folgende Statistik zusammen, bei denen Blutsverwandtschaft der Eltern vorlag:

1 und 2. Taylor: Eltern — Kusin und Kusine,
3. Vidal: Eltern — Kusin und Kusine,
4. Hutchins: Eltern — Geschwisterkinder,
5 und 6. Thibièrge: Eltern — Kusin und Kusine,
7. Wesolowski: Eltern — Onkel und Nichte,
8. Monthus: Eltern — Kusin und Kusine,
9. Bayard: Eltern — Kusin und Kusine,
10. Adrian: Eltern — Kusin und Kusine,
11. Forster: Eltern — Geschwisterkinder,

und zwar waren die Eltern fast stets Geschwisterkinder.

Ergänzend möchte ich noch die Fälle von:

12. Hahn und Weik: Eltern — Geschwisterkinder,
13. Freyse: Eltern — Kusin und Kusine,
14. Leszozynski: Eltern — blutsverwandt,
15. Viognolo-Lutati: Eltern — blutsverwandt durch Urgroßeltern,
16. Staffel: Eltern — verschwägert,
17. Löw: (Vater der Mutter und Mutter des Vaters waren Geschwister),

hinzufügen.

Die Hypothese der ererbten Disposition durch die Konsanguinität in der Aszendenz stützt fernerhin die Tatsache, daß in einer relativ großen Zahl nicht nur ein, sondern



mehrere Kinder derselben Familie von der Dermatose befallen werden.

Adrian (1906) zählte 156 Fälle in 110 Familien.

Nach Halle (1901) verteilten sich die von ihm angegebenen 186 Fälle auf 88 Familien; Forster reduzierte die Zahl 186, weil eine Anzahl Fälle doppelt angeführt war, auf 150 in 96 Familien.

Die von Forster angegebene Zahl von 150 zu grunde legend, habe ich in der neueren Literatur noch 46 Fälle, darunter 21 Geschwister, zusammenstellen können, die sich auf 34 Familien verteilten. Geschwister gleichen Geschlechts fanden sich dabei 2 mal weiblichen und 3 mal männlichen Geschlechts vor. Daß die Befallenen jedoch sonstige Zeichen geistiger oder körperlicher Degeneration zeigten, konnte ich nicht finden, im Gegenteil wurden verschiedentlich, außer Hahn und Weik, Lukasiewicz, Neisser (1883, 2 idiotische Geschwister, deren Onkel und Tante väterlicherseits ebenfalls Idioten waren) die körperliche Entwicklung und geistige Intelligenz hervorgehoben (Löw, Vignolo-Lutati, Rona, Pick, Elsenberg, Rüder).

Ein weiteres Moment der ererbten Disposition durch Blutsverwandtschaft der Eltern erblicken Elsenberg, Adrian und Bayard darin, daß Xeroderma pigmentosum auffällig häufig bei jüdischen Familien auftrete, weil eben die Juden oft Verwandtenehen schließen.

Taylor: 5 Fälle in 2 Familien, Kudisch: 3 Geschwister, Terterjanz: 5 in zwei doppelt verschwägerten Familien, Bayard: 1, Adrian: 1 (Eltern — Base und Vetter), Wesolowski: 2 Brüder, Leszozynski: 2 Brüder (Elternblutsverwandtschaft).

Jedoch ist hierbei zu bedenken, daß überwiegend diese Fälle aus Gegenden stammen (Rußland und Polen), in denen das jüdische Element besonders stark vertreten ist.

Was die Verteilung der Geschlechter anlangt, so waren unter 170 Fällen, bei denen das Geschlecht bekannt gegeben war — leider wird bei demonstrierten Fällen oft nur der Status angegeben — 93 Mädchen bzw. Frauen und 77 Männer, so daß also das weibliche Geschlecht prävaliert. Bei den Ge-



schwistern, bei denen in derselben Familie nur das gleiche Geschlecht befallen war, konnte ich 6mal 2, 1mal 3, 1mal 5 und 1mal 8 Brüder; 5mal 2 und 4mal 3 Schwestern zählen.

Eine große Streitfrage bilden noch das erste Auftreten und die Malignität bzw. Benignität des Xerod. pigm.

Kaposis (1872) zuerst beschriebenen beiden Fälle akquirierten ihr Leiden in frühester Kindheit. Pick (1884) gibt als Beginn die Mitte des zweiten Jahres an; Neisser (1884) betont das Angeborensein bzw. das Auftreten im 1. oder 2. Lebensjahr; Taylor (1888) im 1. Lebensjahr, und die meisten späteren Autoren stellten die gleiche Beobachtung fest, sodaß es als zum Wesen des X. p. gehörig galt, daß die Krankheit sich spätestens in den ersten 3 Jahren manifestiere. Forster, und vor ihm andere Autoren, sondert deshalb Zef. Falcaos Fälle vom X. p. ab und rechnet sie Unnas „Seemannshaut" zu.

Viele Autoren sind der Ansicht, daß Unnas Seemannshaut ein eigenes, wenn auch dem X. p. verwandtes Krankheitsbild darstellt. Aber daß es sich bei Falcaos Fällen wirklich um echtes X. p. handelte, hat Kaposi, der Entdecker der Krankheit, selbst anerkannt.

Auch steht Falcao nicht allein in der Literatur. Folgende Autoren haben Fälle bei alten Leuten beobachtet, bei denen das Xeroderma sich erst im späteren Alter ausbildete: Diehl 71j., Matzenauer 66j. Frau, Broers 70j. Mann, Nicolas und Favre 71j. Frau, Kaposi 1890, 64 J.

Das späte Auftreten widerspricht auch nicht der Theorie der Genese. Wenn eben die Disposition eine sehr geringe ist, so ist es doch möglich, daß lange Jahre und bei den oben erwähnten extremen Fällen noch die durch das Alter bedingte verringerte Widerstandsfähigkeit der Haut erst den Prozeß zur vollen Entwicklung bringen. Das Gleiche beobachten wir auch bei anderen auf ererbter Disposition beruhenden Dermatosen. (Epidermolysis hereditaria bullosa, Hydroa vacciniformis.)

Boeck und Graham beschreiben Fälle, bei denen Hydroa vacciniformis erst im 26. bezw. 14. Lebensjahr auftrat.

Und gerade bei diesen Fällen konstatiert man einen benignen Verlauf der Krankheit. Fast stets wird bei Xeroderm.



pigm. die Prognose malign gestellt. Kaposi hält sie in seiner Veröffentlichung für absolut ungünstig, weil durch die Behandlung keine Besserung erzielt werden kann. Pick bemerkt, gleich Taylors Ansicht, daß das X. p. nicht immer malign zu sein braucht. Nach Neisser ist es unheilbar und führt meist durch multiple Karzinome frühzeitig zum letalen Exitus. Ebenso urteilt Leredde in der „Thérapeutique des maladies de la peau": „Le Xeroderma pigmentosum est une maladie familiale de la peau qui apparaît dans la première enfance. — Enfin au bout de dix, quinze, vingt ans apparaissent des tumeurs épithéliomateuses, habituellement multiples et amenant la mort." Auch Vignolo-Lutati in neuerer Zeit hebt den malignen Charakter der Erkrankung hervor: „Die Prognose ist im ganzen ziemlich schwer, da durch Auftreten einzelner oder multipler Neubildungen maligner Art der Patient mehr oder weniger rasch zu Grunde geht. Die Xerodermkranken sterben meist in jugendlichem Alter und erreichen selten mehr als das 12.—15. Jahr; als sehr seltenes Ereignis ist es zu betrachten, wenn sie bis zur Pubertät kommen."

Auf anderen Standpunkt stellten sich Herxheimer und Hildebrand, daß das X. p. nicht absolut malign zu sein braucht, indem „es entweder als benign an sich verläuft oder durch die Therapie günstig zu beeinflussen ist". Unter den von ihnen veröffentlichten 4 Fällen war ein 70j. Greis, der schon 53 Jahre seine Tumoren besaß, die durch chirurgische Eingriffe an weiterer Ausbildung gehindert wurden. Dieser Patient starb ein Jahr später an den Folgen einer Schenkelhalsfraktur. Ferner sind Herxheimers 2 weitere Fälle (2 Geschwister) 19 Jahre unter Beobachtung geblieben, ohne daß das Xeroderm einen bösartigen Charakter annahm. Der Mann heiratete und hat 2 bis jetzt gesunde Kinder gezeugt. Nur der 4. Fall, ein fünfjähriges Mädchen, erlag 8 Jahre später einem Gesichtskarinom. Überblicken wir in dieser Hinsicht die Literatur, so finden wir unter 170 Krankengeschichten, die mir zugänglich waren:

20 Todesfälle, herbeigeführt durch Karzinome,

25 Fälle, bei denen ausdrücklich der maligne Charakter durch rapides Wachstum der Tumoren, ausgedehntere



Zerstörungen und wiederholtes Rezidivieren hervorgehoben war, während in

23 Fällen der benigne Verlauf betont wurde.

Unna stellte sogar einen durch Kaustik und 1%—10%ige Salzsäuresalbe geheilten Patienten vor, und Couillaud hat bedeutende Besserung durch intramuskuläre Kalomelinjektionen erzielt.

Rouvière hebt in neuester Zeit die äußerst günstige Wirkung der Radiotherapie hervor, indem er durch 13 Sitzungen von 5—7 St. Dauer kleinere Tumoren und Teleangiektasien zum Schwinden brachte.

Entschieden zu pessimistisch ist daher die Auffassung, daß das Xeroderm spätestens in der Pubertät zum letalen Exitus führen muß.

Greife ich die Fälle über 15 Jahre heraus, so standen zur Zeit der Beobachtung im Alter von

15—20 Jahren 13,
20—30 Jahren 21,
30—40 Jahren 9;

außerdem noch die oben erwähnten 5 Kasus über 60 Jahre. Die Dauer der Erkrankung schwankte bei diesen zwischen 11 und 35 Jahren; in einem Falle nur 2 Jahre. In fast allen diesen Fällen wurde bisher ein benigner Verlauf konstatiert.

Auch unser Patient wird zu diesen gutartig verlaufenden zu rechnen sein, da nach sicher 23jährigem Bestehen maligne Karzinome sich nicht eingestellt haben. Er befindet sich jetzt 1 Jahr in Beobachtung, und die Exzisionswunden sind so per primam geheilt, daß kaum die Narben zu sehen sind, geschweige daß sich Rezidive entwickelt haben, so daß die Statistik der 5 Xerodermfälle der Frankfurter Hautklinik ergibt, daß 1 Fall mit Exitus in der Jugend endigte, die anderen 4 Fälle lange Jahre am Leben blieben, mindestens 19 Jahre, am längsten Falle 54 Jahre. Dadurch dürfte die Anschauung vieler Autoren endgültig widerlegt sein, daß das Xeroderma pigmentosum das prognostisch schlechteste Hautkarzinom darstelle.

Absolut ungünstig ist die Prognose jedoch zu stellen, wenn die Tumoren Neigung zu rapidem Wachstum und Zerfall zeigen. In diesen Fällen versagt dann auch die aussichtsreichste

Therapie, die es bisher gibt, das Messer, da sich bald Rezidive einstellen oder weit um sich greifende Zerstörungen — in einer großen Zahl werden die Lider und das Auge ergriffen — gesetzt werden.

Zum Schlusse möchte ich noch auf den Blutbefund bei X. p. zu sprechen kommen. Okamura glaubte, bestimmte pathologische Veränderungen des Blutes bei Xeroderma pigmentosum zu beobachten.

Er stellte in seinen 3 Fällen eine Verminderung des Hämoglobingehaltes und eine Oligozythämie mit ziemlich starker Leukozytose fest und meinte, diese Veränderungen auf die durch das Xeroderm gesetzten Hautläsionen zurückführen zu dürfen, die eine Störung der blutbildenden Organe bedingten. Nach seiner Veröffentlichung wurde dem Blutbilde mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Zur bequemeren Übersicht werde ich das von Adrian angewandte Schema wiedergeben und ergänzen.

Außer Gagey und Okamura finden wir hiernach auch bei anderen Autoren eine, wenn auch nur geringe Leukozytenvermehrung. Unser Fall verhält sich hämatologisch normal.

Die Differenzen der Befunde beruhen sicher darauf, daß die Untersuchungen sich auf Individuen in verschiedenem Lebensalter erstreckten, und daß der Prozeß der Erkrankung erhebliche graduelle Unterschiede aufwies.

Okamuras Hyperleukozytose läßt sich leicht, wie schon Adrian hervorgehoben hat, durch den Zerfall der Tumoren erklären. Ein für Xeroderma pigmentosum charakteristisches Blutbild bietet demnach bis jetzt keiner der untersuchten Fälle.



	Norm.	Gagey (1896)	Okamura (1900)			Riecke Halle (1901)
		Knabe, 14 Jahre, anämisch. Ernährungszustand? Ein kleiner Tumor d. l. Ohrmuschel. Dauernde Hämoglobinurie (ohne Albuminurie)	Fall I. Knabe, 17 Jahre, zahlreiche ausgebreitete Neubildungen. Ernährung genügend. Allgemeinbefinden entsprechend	Fall II. Knabe, 8 Jahre. wenig klein. Tumoren ohne Zerfall. Ernährung mäßig gut. Allgemeinbefinden relativ am günstigsten	Fall III. Mädchen, 29 J., kolos. ausgebreit. medul. karz. Geschwülste Karzinomkachexie. Ernährung schlecht. Allgemeinbefinden am ungünstigst.	7 (8) Jahre Zahlreiche mit Exulse- 15. Feb. 1901
Hämoglobin	100%	0 45 (valeur en hémoglobine, richesse globulaire)	40% (Fleischl) 65%		45%	50% (Fleischl.)
Rote Blutkörperchen	4·5—5.000.000	4.500.000	3.920.000	3.400.000	2.788.000	2.820.312
Weiße Blutkörperchen	7.680	40.000	46.666	37.300	54.545	13.700
W. : R.	1 : 630	1 : 112	1 : 89	1 : 91	1 : 51	1 : 169
Polynukl. neutroph. Leukozyten	70—72%	.	größter Teil der weißen Blutkörperchen			67%
Große mononukl. Leukozyten	1%	.	geringer an Zahl			.
Lymphozyten	22—25%	.	die mononukleären Elemente			28·5% kl. 4·5% gr. 24·0%
Polynukl. eosinoph. Leukozyten	2—4%	.	am geringsten von allen Leukozyten 70%	9·2%	1·2%	4·5%
Mastzellen	0·5%	.	.	.	.	.
Übergangsformen	2—4%	.	.	.	.	.
Poikilozytose	.	.	stark ausgespr.	mäßig stark	sehr stark	gering
Mikrozyten	.	.	auffallend zahlreich	.	.	.
Polynukl. basoph. Leukozyten	.	.	.	.	.	.
Punkt. Erythrozyt.	.	.	.	.	.	.
Blutplättchen	.	.	.	.	.	.
Pigment im Blut	.	.	Keine Spur von Pigment im Blut			.

Riecke (1903)	Bayard (1903)	Adrian (1904)	Forster (1904)	Löw (1906) F. I. F. II.	Vignolo-Lutati (1907)	Rouvière (1909)	Schonnefeld (1910)
alt. Mädchen Tumoren rationen im April 02	Mädchen, 21 Jahre, keine Tumoren, z. Z. wohlgenährt, kräftig entwickelt	Knäblein, 23 Monate, keine Tumoren, guter Ernährungszustand, geringe Anämie	Knabe, 5 Jahre. $3^1/_2$ Jahre bestehen ulzerierte kleine Tumoren	Knaben. $3^1/_2$ bzw. 1 Jahr Bestand, $2^1/_2$ bzw. $^1/_2$ Jahre gesund	Knabe, 3 Jahre. Allgemeiner Körperzustand gut, Milz etwas vergrößert	Mädchen, 21 Jahre. 7 Jahre bestehen oberflächliche Ulzerationen	Mann, 26 Jahre, 23 Jahre bestehend in gutem Ernährungszustand, ohne größere Tumoren
80% (Fleischl)	80%	70% (Tallqvist)	70—75% (Gowers-Sahli)	75% 85%	.	.	85—90% (Tallqvist)
5.000.000	4.000.000	5.704.000	.	4.080.000 1.050.000	kernhalt. 10%	5.425.000	5.360.000
13.800	6·600	9.040	10.800	10.800 8.600	.	6.200	3·948
1 : 362	1 : 606	1 : 630	.	.	.	.	.
.	74·5%	68·47%	67·0%	.	32%	76·35%	74·35%
.	14·5%	4·11%	.	.	26%	1·23%	21·45%
.	(mononukleäre Z.)	24·90%	19·6%	34%	10%	21·18%	4·20%
keine Vermehrung	1%	2·05	7·1%	.	3%	0·98%	4·2%
.	.	.	.	.	Polym. Leukozyt. 29·0%	.	.
.	9%	.	6·3%	.	.	.	.
keine	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.
.	1%	.	.	.	.	.	.
.	ja	.	.	.	32%	.	.
.	reichlich	.	.	.	.	.	vorhand.
.		fehlt	.	.	.	.	.

Literatur.

1. Abraham. Brith. Journ. of Dermat. 1896. -- 2. Adams. The journal cut. dis. „X. p." XXV. 1907. — 3. Adrian. Dermatologisches Zentralblatt. Feber. 1904. „Über X. p. mit bes. Berücksichtigung d. Blutveränderungen." — 4. Amicis, de. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 20. 1894. „Zwei neue Fälle von X. p. in ein und derselben Familie." — 5. Amicis, de. Giornale italiano della malattie venere e della pelle. 1902. Heft 5. — 6. Anderson. The Brith. Jour. of Dermat. Dec. 1892. „A case of X. p., with Post-mortem examination." — 7. Arnozan. Annales de derm. et de syphil. Juni 1888. „Un cas de X. p." — 8. Audry. Annales de dermat. et de syphil. 1907. p. 199. „Sur un cas de X. p. Kaposi sans pigmentation." — 9. Auspitz. System d. Hautkrankheiten. Wien. 1881. — 10. Balzer und Merle. Annales de derm. et de syphil. 1906. p. 1054. „X. p. avec épithélioma de la face." — 11. Balzer, Gaucher et Milian. Annal. de dermat etc. 1897. — 12. Bandler. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. LXXVI. 1905. „Zur Histologie der Melanos. lenticul. progressiv. (X. p.)." — 13. Bareldt. Brit. med. Journ. 29. Okt. 1898. Demonstration. — 14. Barkmann. Dissert. Kiel. 1888. — 15. Barré. Thèse de Paris. 1890. — 16. Bayard. Inaugural. Dissert. Zürich. 1903. „Zur Kenntnis des X. p." — 17. Beck. Archiv f. Derm. u. Syph. Festschrift Kaposi. 1900. „Über X. p. Kaposi." — 18. Behrend. Berliner kl. Wochenschr. 1885. — 19. Bettolo. Clinica dermosifilopatica delle r. Universita di Roma. A XXI. 1903. „X. p." — 20. Beurmann, de et Gougerot. Annal. de derm. et de syphil. 1909. p. 891. „Syndrome rappelant le X. p. au cours d'un épithélioma gastrique." — 21. Block. 3000 Fälle von Hautkrankheiten aus Köbners Klinik. Berlin. 1888. — 22. Bram-well. (zit. nach. Herxheimer). — 23. Brandweiner. Verhandl. d. Wiener derm. Gesellschaft. Nov. 1906. — 24. Brayton. The journ. of the Americanassotiation. Okt. 1893. „X. p." — 25. Brayton. Journ. of cut. and genito-urin. Diseases. 1892. — 26. Brigidi. Atti Accadem. med. di Genova. 1890. „Studio sullo stato-anatomico della pelle nello xeroderma." — 27. Brigidi u. Marcacci. Giorn. ital. della mal. ven. e della pelle. 1888. Bd. III. „Un caso di X. p." — 28. Broers. Annal. de Derm. etc. 1905. „X. p." — 29. Brown-Hunter. Brith. med. Journal. 1887. — 30. Campana. Bollestino della R. accad. di Med. di Genova. 1886. — 31. Couillaud. Société franc. de derm. et de syphil. Mai 1898. — 32. Crocker. Brit. med. Journ. Nr. 1213. März 1884.

(Atrophoderma pigmentos.). — 33. Crocker. Atlas der Hautkrankh. Taf. 56. — 34. Crocker. Brith. med. Journ. 1896. — 35. Crocker. Brith. Journ. dermat. 1907. 19 „X. p.“ — 36. Csillag. Verhandlungen d. Sekt. d. Dermat. d. kgl. ungar. Ges. Okt. 1902. — 37. Cupernus-Zavolle. Archiv f. Augenkrankh. Bd. LIX. — 58. Danlos. Verhandl. d. Société franc. de derm. et de syph. Nov. 1897. — 39. Dubois-Havenith. Journ. de méd. de Bruxelles. 1887. — 40. Dubois-Havenith. I. Kongreß d. Deutsch. Derm. Ges. Prag. 1889. — 41. Dubreuilh. Annal. de dermat. etc. 1894. — 42. Du Castel. Annal. de dermat. etc. 1895. — 43. Du Castel. Société franc. de Derm. Dez. 1902. „X. p.“ — 44. Du Castel. La pratique Dermat. 1904. Tom. IV. — 45. Du-four. La clinique. 1901. „Un cas de X. p. avec épithélioma de la face.“ — 46. Duhring. II. Jahresversamml. der amer. dermatol. Ges. in Saratiga. 1878. — 47. Elsching. Festschrift f. Neumann. 1900. „Irisveränderungen bei X. p.“ — 48. Elsenberg. Archiv f. Derm. u. Syph. 1900. Bd. XXII. „X. p. Kaposi (Melanos. lent. progressiv. Pick).“ — 49. Esmarch. Langenbecks Archiv. Bd. XXXIX. — 50. Falcao Zef. Annal. de Derm. etc. 1894. Nr. 5. „Ein Fall v. Dermatosis Kaposi (X. p.).“ — 51. Falcao Zef. III. Internat. Dermatol.-Kongreß. London. 1896. — 52. Forster. Deutsch. Med. Zeitung. 1904. pag. 74—77. „Beitrag zur Kenntnis des X. p.“ — 53. Fox. Illustr. Med. News. London. 1888. „X. p.“ — 54. Fox. Journ. cut. dis. incl. syph. New-York. 1906. 240—255. „A case of Xerod. p.“ — 55. Francos. Thèse de Lyon. 1905. „Beitrag zur Kenntnis des X. p.“ — 56. Freyse. Inaugur.-Dissert. Kiel. 1903. „Über X. p.“ — 57. Funk. Gazeta lekarska. Warschau. 1884. — 58. Gagey: Thèse de Paris. 1890. — 59. Gagey. Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg. 1896. Nr. 84. „Un cas de hémoglobinurie au cours d'un X. p.“ — 60. Galvani. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888. — 61. Gaucher. Journ. des mal. cutan. et syph. 1906. I. Bd. p. 265. „X. p.“ — 62. Gaucher et Löper. Annal. de Dermat. etc. 1898. — 63. Geber. Archiv. d. Derm. 1874. „Über eine seltene Form von Naevus der Autoren.“ — 64. Glax. Allg. Wiener med. Zeitung. 1874. — 65. Graf. Archiv f. klin. Chirurgie. 1897. Bd. LIV. — 66. Greef. Archiv f. Augenheilkunde. 1900. Bd. XLII. — 67. Groenuw. Sämischs Handbuch d. Augenheilkunde. Bd. XI. 237. — 68. Gußmann. Dermat. Zentralblatt. Juni. 1907. „Ein Fall von X. p. mit letalem Ausgang infolge Karzin.“ — 69. Hahn und Weik. Archiv f. Derm. und Syph. 1907. Bd. LXXXVII. „2 Fälle von X. p. mit experim. Untersuch. über die Einwirkung verschiedener Lichtarten.“ — 70. Halle. Wiener klin. Wochenschr. 1901. Bd. XXXII u. XXXIII. „Ein Beitrag zur Kenntnis des X. p.“ — 71. Hallopeau et Macé de Lepinay. Annal. de dermat. et syph. 1909. pag. 1059. „Cas propable de X. p. fruste.“ — 72. Hallopeau. Annal. de dermat. etc 1893. — 73. Hanke. Virchows Archiv. 1896. Bd. CXLVIII. „Peritheliom d. Lides bei X. p.“ — 74. Havas. Bor. és Buja Kortan. Nr. 3. Beibl. v. Budapest. Orv. Ujs. 1908. — 75. Havas. XVI. international. medizin. Kongreß. Budapest. 1909. — 76. Heitzmann. Archiv of Dermat. 1878. — 77. Herxheimer-Hilde-



brand. Münch. mediz. Wochenschrift. 1900. Heft 32. „Über X. p.“ — 78. Herxheimer. Verhandl. d. deutsch. derm. Gesellsch. Frankf. Juni. 1908. — 79. Hutchinson. Journ. of cutan. and genito-urin. Dis. 1898. — 80. Hutchinson. Archiv of Surgery. Bd. III u. V. — 81. Hutchinson. Atlas der Hautkrankheiten. — 82. Hutchinson. Lancet. 1875. — 83. Jarisch. Lehrbuch d. Hautkrankh. Wien. 1901. — 84. Ischreyt. Petersburg. med. Wochenschr. 1904. Nr. 36. „Über Augenveränderungen bei X. p.“ — 85. Justus. Verhandl. d. Vereins und Dermatol. u. Urologen. 1897. — 86. Kaposi. Handbuch der spez. Pathologie u. Therapie. Virchows Archiv. III. Bd. p. 182. — 87. Kaposi. Wiener Derm. Ges. Okt. 1897. — 88. Kaposi. Wiener Derm. Ges. Okt. 1898. — 89. Kaposi. Verh. d. Wiener Derm. Gesellsch. März 1894. — 90. Kaposi. Wiener klin. Wochenschrift. 1893. — 91. Wiener med. Jahresbücher. 1882. — 92. Kaposi. Verhandlungen der Wiener Derm Gesellsch. Okt. 1899. — 93. Kaposi. Verh. der Wiener Derm. Ges. 30. April 1890. — 94. Kaposi. Verh. der Wiener Derm. Gesellsch. 2. April 1890. — 95. Kaposi. Wiener med. Woch. 1885. Nr. 44. — 96. Kaposi. Anzeiger der Gesellsch. der Ärzte in Wien. 1886. Nr 9. — 97. Kaposi. Atlas der Hautkrankh. Taf. 367—376. — 98. Klein. Inaug.-Diss. Straßburg 1906. „Neue Fälle v. X. p.“ — 99. Klingmüller. Medizin. Gesellschaft Kiel. März 1907. — 100. Köbner. Siehe Block. — 101. Kreibich. Archiv f. Dermatologie. Bd. LII. — 102. Kreibich. Archiv f. Dermat. Bd. LVII. — 103. Kudisch. Journ. russe de mal. cut. 1306. Bd. XI. „3 Fälle von X. p. Kaposi in einer Familie.“ — 104. Kudisch. Archiv für Dermat. u. Syph. 1907. — 105. Lassar. Berl. med. Gesellsch. Juli 1900. — 106. Lesser-Bruhns. Charité-Annalen. Bd. XXIII. 1898. — 107. Lesser. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Bd. I. 261. — 108. Lesser. Berl klin. Wochenschrift. 1900. Nr. 50. — 109. Lesser. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1896. Nr. 21. — 110. Leszczynski. Polnisch. Zeitschr. f. Derm. u. Venerolog. 1907. Bd. II. „2 Fälle von X. p. Kaposi.“ — 111. Löw. Dermatolog. Zeitschrift. 1906. Bd. XIII. „Beitrag zur Kenntnis des X. p. Kaposi.“ — 112. Löwenbach. Handbuch der Hautkrankheiten. Mraček. 1908. — 113. Lukasiewicz. Archiv. f. Derm. u. Syph. 1895. Bd. XXXIII. „Über X. p. Kaposi.“ — 114. Lustgarten. Archiv. f. Derm. Bd. XX. — 115. Malcolm Morris. Brit. Journ. of. Derm. 1905. „X. p.“ — 116. Martin. 72. meet. of Brit. med. Ass. Oxford. 1904. „Kaposis disease.“ — 117. Matzenauer. Festschrift für Neumann. — 118. Matzenauer. Verhandl. d. Wiener Derm. Gesellsch. Dez. 1899. — 119. Mendes da Costa. Weekblad van het Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1899. Bd. I. Nr. 22. — 120. Metscherski. Moskauer venerolog.-dermat. Ges. — 121. Monthus. Annal. de Dermatol. et de Syphilis. 1902. pag. 673. — 122. Murphy. Medic. News. 1892. — 123. Neisser Archiv f. Derm. u. Syph. 1883. Bd. XV. „Über das X. p. Kaposi“ (Lioderm. essent. cum. Melanos et Teleangiect.). — 124. Neumann. Verhandl. d. Wien. Derm. Gesellsch. Febr. 1899. — 125. Neumann. Lehrbuch der Hautkrankh. Wien. 1885. — 126. Nicolas u. Favre. Annal. de Derm. et de Syph.



1906. p. 1596. „Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique de X. p." — 127. Okamura. Archiv f. Derm. u. Syph. 1900. Bd. LI. „Über Blutbefunde bei X. p." — 128. Okmo. Japan. Zeitschrift für Derm. u. Urolog. 1905. „Über X. p. in Japan." — 129. Perrin. Journal des maladies cutanées et syphil. 1896. p. 154. — 130. Pernet. Brit. med. Journal. Okt. 1902. „Tumours of X. p." — 131. Pick. Archiv. d. Derm. u. Syph. 1884. Bd. XVI. „Über Melanosis lenticul. progressiva." — 132. Pick. Festschrift f. Neumann. — 133. Pollitzer. Archiv f. Derm. 1905. „Eine eigentümliche Karzinose d. Haut." — 134. Pollitzer. Journal of cut. and genito-urin. Diseases. 1892. „Bemerkungen über die Histologie von X. p." — 135. Poltawzew. Charkower Derm. Gesellsch. (Derm. Zentralbl. 1900.) — 136. Popper. Wiener med. Wochenschr. 1899. — 137. Pringle. London. dermat. Society. 1897. — 138. Pringle. International. derm. Kongreß. Paris 1889. — 139. Reid. Glasgow. Med. Journ. 1887. — 140. Reines. Verhandl. d. Wiener derm. Gesellsch. Mai 1907. — 141. Reiss. Przegl. lekarski. 1897. — 142. Rille. Ärztegesellsch. zu Innsbruck. 1898. — 143. Riecke. Neissers Stereoskop. med. Atlas. Abt. Dermat. 1901. — 144. Riehl. Wiener med. Wochenschr. 1887. — 145. Risso. Bolletino della R. accad. di Med. di Genova. 1891. — 146. Rotch. Archiv of Paediatrics. 1898. „Melanosis lenticul. progressiva." — 147. Róna. Verhandl. d. derm. u. urolog. Sekt. d. kgl. Vereins d. Ärzte. Budapest 1901. — 148. Rouvière. Annal. de Derm. et de Syph. 1909. „X. p. avec langue scrotale malformations dentaires." — 149. Rouvière. Annal. de dermat. Januar 1910. „Deux nouveaux cas de X. p." — 150. Rüder. Inaugural-Dissert. Berlin 1880. „Über Epithelkarzinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie." — 151. Staffel. Med. Gesellsch. zu Chemnitz. 1904. März. — 152. Sabrazès. Annal. de dermatol. etc. 1892. — 153. Scherber. Verh. der Wiener dermat. Ges. Okt. 1905. — 154. Schwimmer. Internat. Dermatologenkongreß. Paris 1889. — 155. Stein. Verh. d. 79. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte. 1907. Sept. — 156. Stein. Verhandl. d. IV. Kongr. d. Deutsch. Derm. Gesellsch. Mai 1894. — 157. Stern. Archiv für Derm. u. Syphilis. 1891. Bd. XXIII. „Melanosis lenticul. progr. (X. p. Kaposi)." — 158. Schütte. Dermatolog. Zeitschr. Bd. I. 1894. „X. p" — 159. Shield (nach Herxheimer). — 160. Sichel. Dermat. Soc. of London. Brit. Journ. of Derm. 1905. — 161. Tanturii. Il. Morgagni. 1877. — 162. Taylor. The med. Record. March. 1888. „X. p." — 163. Taylor. Americ. Dermat. Assoc. 1877. — 164. Taylor. Archiv of Dermatolog. 1898. — 165. Tenneson-Danseux. Annales de Derm. etc. 1893. — 166. Terebinski. Ruski Wratsch. 1906. Nr. 48. „Ein Fall von X. p." — 167. Terterjanz. Inaugural-Dissert. 1904. Berlin. „X. p. bei zwei verwandten Familien." — 168. Thibierge. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Paris 1889. — 169. Török. Annal. de derm. etc. 1891. „Melanodermie atrophique de Pringle." — 170. Tsutsui. Japan. Zeitschrift d. Derm. u. Urolog. 1906. „Zwei Fälle von X. p. Kaposi." — 171. Unna. Internat. Dermatologen-Kongreß. Paris 1889. — 172. Unna. Verhandl. d. 73. Vers. deutsch. Natur-



forscher u. Ärzte. Sept. 1893. — 173. Unna. Histopathologie der Haut. Berlin. 1894. — 174. Unna. Monatsh. für prakt. Dermatol. Bd. XVII. — 175. Velhagen. Archiv für Augenheilkunde. Bd. XLVI. — 176. Vidal. Annal. de Derm. etc. 1883. „De la dermatose de Kaposi." — 177. Vidal. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Paris 1889. — 178. Vignolo-Lutati. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1907. Bd. XLV. „Über einen Fall von X. p." — 179. Volk. Verhandl. d. Wiener derm. Gesellschaft. Okt. 1908. — 180. Wesolowski. Zentralblatt f. allg. Pathologie. 1899. Nr. 29. — 181. West. Londoner dermatol. Gesellschaft. Januar 1896. — 182. White. Journ. of cut. and gen.-urin. Dis. 1885. — 183. Wilson. Diseases of the Skin. 1867. Bd. II. — 184. Ziegler. Lehrbuch der path. Anatomie. Bd. II. — 185. Zumbusch. Verhandl. der Wiener dermat. Gesellsch. Febr. 1906.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Moskau.
(Vorstand: Prof. Dr. A. J. Pospelow.)

Zur Kenntnis der falschen Hutchinsonschen Zähne (dentes pseudo-Hutchinsonii).

Von

Priv.-Doz. **S. L. Bogrow,**
Assistent der Klinik.

(Hiezu Taf. III.)

Ungeachtet des hohen diagnostischen Wertes, der den von Hutchinson zuerst beschriebenen und seinen Namen tragenden Zahnveränderungen bei hereditärer Syphilis zugeschrieben wird (A. Fournier, Pospelow, E. Fournier), finden wir in spezieller Literatur sehr wenig Angaben über Veränderungen der Zähne, die zwar ähnlich den ersteren, doch vollkommen unabhängig von Syphilis sind.

A. Fournier und E. Fournier sprechen nur über Abschleifung der Zahnecken bei Rauchern, die eine Pfeife oder ein Mundstück benutzen und dasselbe gewöhnlich im Zwischenraume neben stehender Zähne halten. Ähnliche Veränderungen beschreiben Respinger, Mauczka, Lepkowski und Wachholz, manchmal können sie sogar Feststellung der Identität erleichtern (Wilga). Viel mehr nähern sich den Hutchinsonschen Zähnen diejenigen künstlichen Deformationen der Schneidezähne, die bei Bläserinnen von falschen Perlen und Arbeitern auf Glasfabriken infolge von Zusammenpressen mit den Zähnen ihrer Röhre beobachtet werden, bei Zeichnern und Schreibern nach langjährigem Beißen des Bleistiftes und des Federhalters (Merciolle,



Didsbury), bei Klarinettisten und anderen Musikern auf Blasinstrumenten (Reformatsky, Macleod, Amoedo), endlich bei Schustern, die den Pechdraht, und Schneidern, die den Faden mit den Zähnen ziehen. Ein sehr interessanter Fall ist von Morel-Lavallée veröffentlicht, wo ein Schuster, der 3 Nägel im Munde zu halten gewohnt war, 2 halbmondförmige Ausschnitte an den oberen mittleren Inzisivi und 3 ihnen passende Ausbuchtungen in den Zwischenräumen unterer Zähne trug (s. Fig. 1).

In dem Falle, den wir beobachtet haben, zeigten die Zahnveränderungen einige wesentliche Unterschiede von typischen Hutchinsonschen Zähnen.

Agrippina Sch., 24 J. alt, Modistin nach Profession, besuchte am 27./I. 1910 das Ambulatorium der Klinik wegen früher überstandener Syphilis. Die Infektion fand vor 4 Jahren statt. Ungefähr 1 J. wurde die Kranke behandelt (2 Injektionskuren, im Ganzen 60 Inj). 3 J. ohne Behandlung. Jetzt wegen Eheplāne besorgt, ließ sich die Kranke untersuchen. Da keine Syphiliserscheinungen gefunden waren, Wassermannsche Seroreaktion aber positiv ausfiel (N. A. Tschernogubow), wurde doch eine Quecksilberkur (20 Inj. einer 2% Hg bibrom. Lösung) verordnet.

Bei Untersuchung des Mundes der Kranken waren auf dem mittleren linken oberen und unteren Schneidezahn bogenförmige Ausschnitte zu sehen, welche im Alter von 16 J. (Anfang professioneller Arbeit der Kranken) entstanden sein sollten. Übrige Zähne richtiger Konfiguration, normal gestellt, freier Rand der Inzisivi und Kaufläche der Molaren unverändert. Was die Lokalisation der Ausbuchtungen anbetrifft, von denen die am oberen Schneidezahn tiefer, am unteren kaum bemerkbar ist, so nehmen sie ungefähr das mittlere Drittel des Zahnes ein und wegen der größeren Breite des oberen Zahnes im Vergleich zum unteren passen die tiefsten Punkte der Ausschnitte nicht zu einander. Bei näherer Betrachtung erscheinen die Ausbuchtungen nicht ganz halbmondförmig, ihr mittlerer tiefer Teil besitzt eine viel stärkere Krümmung als die abschüssigen Seitenteile, so daß im ganzen die Ausbuchtung einem abgerundeten Dreieck ähnlich scheint. Die Grenze der Ausschnitte mit vorderer und hinterer Zahnfläche ist deutlich ausgeprägt, indem sie hier einen scharfen Rand bildet. Der Boden der Ausbuchtungen ist glatt, nicht kariös und besitzt von der Fläche aus gesehen Eigenschaften eines abgenutzten Zahnes, d. h. zeigt hauptsächlich die gelbliche Dentinfläche von schmalen weißgelben Emailsäumen (von vorn und von hinten) umgeben. Die Ecken der beschriebenen Inzisivi an den Spatia interdentalia sind erhalten, die Zähne richtig gesetzt, ihre Form normal, der obere Schneidezahn schaufelförmig, höher und breiter als der untere,



wobei aber die inneren Ränder gerade auf der Mittellinie liegen. Die Kranke hatte nie an Stelle der Ausbuchtungen irgend welche schwammige Zahnauswüchse gesehen, die Zähne sollen ganz gesund gewesen sein und die Vertiefungen entstanden allmählich, augenscheinlich in Zusammenhang mit professioneller Modistingewohnheit Stich- und Nähnadeln zwischen den Zähnen zu halten. Daß die tiefsten Punkte der oberen und unteren Ausbuchtungen nicht zusammenfallen, kann durch die Gewohnheit der Kranken erklärt werden, beim Zusammenpressen der Zähne den Unterkiefer nach links zu verschieben. Es ist interessant, daß zwei Schwestern der Kranken, die auch viel zu nähen haben, auch ähnliche asymmetrische Ausschnitte an den Schneidezähnen haben sollen. Wahrscheinlich spielt in der Genese der beschriebenen Veränderungen außer professioneller Verletzung des Zahnes auch die angeborene Brüchigkeit des Zahngewebes selbst eine Rolle. Zur Erklärung dieser Tatsache führt die Kranke Anlage zur Tuberkulose vor, woran ihre zwei Brüder im Alter von 26 und 32 Jahren zugrunde gingen.

Bei Vergleichung des Bildes in unserem Falle mit dem Aussehen typischer Hutchinsonscher Zähne sehen wir eine Reihe Unterschiede zwischen ihnen, was aus folgender Zusammenstellung klar wird.

Hutchinsonsche Zähne.	Zähne in unserem Falle.
1. Gewöhnlich sind beide oberen mittleren Schneidezähne affiziert.	1. Verändert ist der obere linke mittlere Schneidezahn und derselbe untere.
2. Der Ausschnitt am freien Rande des Zahnes ist halbmondförmig.	2. Der Ausschnitt ist eher dreieckig.
3. Die vordere Zahnfläche ist schräg abgeschnitten und zeigt einen allmählichen Übergang zu dem Ausschnitt.	3. Die vordere Fläche ist von dem Ausschnitt durch einen scharfen Rand getrennt.
4. Die Zahnecken (an den Spatia interdentalia) sind abgerundet.	4. Die Zahnecken normal.
5. Der vertikale und quere Durchmesser des Zahnes ist verkleinert.	5. Die Zahndimensionen normal.
6. Die Zähne haben Schraubenzieherform, d. i. größeren Durchmesser beim Zahnhalse, als am freien Rand.	6. Form der Zähne normal.
7. Die Zähne sind schräg gesetzt und konvergieren zu einander.	7. Stellung der Zähne ist normal.
8. Der Ausschnitt ist infolge des Abbrechens hier früher vorhandener amorphen Zahnmasse entstanden.	8. Der Ausschnitt ist durch allmähliche Abschleifung des normalen freien Randes des Zahnes gebildet.

Wenn auch asymmetrisch angeordnete Hutchinsonsche Zähne selten vorkommen können, so müssen sie doch anderen oben angeführten Bedingungen entsprechen, wovon nach A. Fournier die Form der Ausbuchtung selbst höchst wichtig ist. Allerdings hält E. Fournier für pathognomisch weniger den Hutchinsonschen Ausschnitt allein, als die Schraubenzieherform des ganzen Zahnes. Aber wie von einem, so auch von anderem Standpunkt aus angesehen, kann unser Fall keinen Grund für die Annahme einer hereditären Syphilis geben.

Literatur

1. A. Fournier: La Syphilis héreditaire tardive 1886.

2. Pospelow: Syphilis der Enkelin. Arch. f. D. und S. Bd. LV, pag. 163.

3. E. Fournier: Recherches et diagnostic de l'hérédo-Syphilis tardive 1907.

4. Hutchinson: Transact. of Pathol. Soc. of London. 1857—58.

5. Respinger: Die Zahn-Usuren. Schweizervierteljahresschr. für Zahnheilkunde. 1887, Nr. 1.

6. Mauczka: Die Bedeutung der Zähne vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. Öst.-Ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 1902.

7. Lepkowski und Wachholz: Über Veränderung natürl. und künstlicher Gebisse. Ärztl. Sachverständ.-Zeitung 1903, Nr. 6.

8. Wilga: Die Zähne in gerichtsärztlicher Beziehung. Inaug.-Diss. Moskau 1903 (russisch).

9. Merciolle: Appréciation de l'exam. méd.-légale de la dentition dans les questions d'identité. Thèse de Lyon. Paris 1891.

10. Didsbury: Altérations professionelles de la bouche et des dents. 1885.

11. Reformatsky: Zur Lehre der professionellen Zahnzerstörungen. Wratsch 1887 (russisch).

12. Macleod: Lancet 1890, p. 1436.

13. Amoëdo: L'art dentaire en médécine légale. Paris 1898.

14. Morel-Lavallée: Sur une fausse dent d' Hutchinson. Ann. de D. et de S. 1887, p. 338.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. III.

Fig. 1. Der Fall von Morel-Lavallée (schematisch).

Fig. 2. Unser Fall.

Aus der Grazer Dermatologischen Klinik.
(Vorstand: Prof. Dr. Matzenauer.)

Über sarkomartige Hauttumoren.

Von

Privatdozent Dr. **R. Polland,**
I. Assistent.

(Hiezu Taf. IV.)

Unter den mannigfachen Tumoren der Haut ist es unter anderem auch die Gruppe der Hautsarkome und in noch ungleich höherem Grade die Gruppe der sarkomähnlichen Neubildungen der Haut, welche, obwohl im allgemeinen recht gut gekannt und vielfach bearbeitet, doch noch mancherlei ungenügend beantwortete Fragen an den Dermatologen stellt. Es handelt sich dabei insbesondere um einige Formen, die relativ selten zu beobachten sind und bei deren Beurteilung die Autoren sich hauptsächlich an die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und Beschreibungen halten müssen, aus denen, mögen sie auch noch so vortrefflich sein, man doch nicht selten nur ein Bild von ungenügender Klarheit erhalten kann, woraus sich wieder mancherlei Verwechslungen und Verwirrungen ergeben. Eine Bereicherung und Sichtung des vorliegenden kasuistischen Materiales ist hier besonders wichtig, um eine sichere Basis für weitere Arbeiten auf diesem Gebiete zu gewinnen und aus diesem Gedankengang heraus mögen auch in folgendem unsere einschlägigen Beobachtungen und Untersuchungen hingenommen werden.

Wir beginnen zunächst mit einer ganz kurzen Übersicht über das bis jetzt vorliegende Material und die bereits vorliegenden Resultate.



Bezüglich der Einteilung der in Rede stehenden Tumoren kann man zunächst als ziemlich feststehend betrachten die Abtrennung der echten Sarkome von den übrigen „sarkoiden Geschwülsten". Gegenüber letzteren sind die Sarkome klinisch charakterisiert als selbständige Neubildungen mit progressivem Wachstum und ausgesprochener Malignität, Neigung zur Metastasenbildung, ohne Fähigkeit der Rückbildung, anatomisch durch ihr unbegrenztes zentrales Wachstum, ihre scharfe Begrenzung, die Verdrängung des Muttergewebes, die Gleichförmigkeit der Zellen. Die sarkoiden Geschwülste hingegen zeichnen sich dadurch aus, daß ihre oft mannigfachen Formen angehörigen Zellen infiltrierend das Grundgewebe der Kutis durchdringen, ohne es zu zerstören, sowie durch ihre Rückbildungsfähigkeit oder durch das Stationärbleiben nach Erreichen einer gewissen Größe und sind gemeiniglich prognostisch weniger ungünstig als die echten Sarkome.

Da wir uns im folgenden nur mit den sarkoiden Geschwülsten zu beschäftigen haben werden und die allgemein übliche und bekannte Einteilung der echten Sarkome hier weiter keinen Gegenstand der Erörterung bilden soll, so kann von einem näheren Eingehen auf diese Gattung Tumoren Abstand genommen werden.

Auf bedeutend größere Schwierigkeiten stößt der Versuch einer Einteilung der zweiten Gruppe, der sarkomähnlichen oder sarkoiden Tumoren, und alle gegenwärtig bestehenden Klassifizierungen sind noch nicht als Definitivum anzusehen. In diese Gruppe rechnet man gegenwärtig gewöhnlich zunächst die Mykosis fungoides; diese Affektion bietet wieder einige ungelöste Rätsel; es sei vorläufig nur daran erinnert, daß man neben dem vollentwickelten Bilde dieses Prozesses auch eine M. fungoides d'emblée annimmt, die ohne die bekannten Vorstadien gleich mit der Bildung der Tumoren einsetzt. Diese Form ist für unser Thema deshalb von einiger Wichtigkeit, weil ihr manche Fälle zugerechnet werden, die seitens anderer Autoren als eigene Gruppe (Sarcomatosis cutis etc.) aufgefaßt werden, worauf wir später noch ausführlicher zurückkommen müssen.



Eine zweite, gut charakterisierte Krankheitsform dieser Gruppe ist das Sarkoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Koebner (idiopath. multiples Pigment Sa von Kaposi, Akrosarkom); sie ist in ihren klinischen Erscheinungsformen gut gekannt, es braucht hier nicht näher darauf eingegangen zu werden.

Außerdem finden wir aber in der Literatur eine Anzahl Fälle, deren Unterbringung erhebliche Schwierigkeiten macht, die oft unter einander stark abweichen und von den Autoren verschieden beurteilt werden. Solche sind z. B. die als sogenannte Sarkomatosis cutis von Spiegler beschriebenen Fälle, die sarkoiden Geschwülste im engeren Sinn nach Joseph, vereinzelte Fälle, die für sich dastehen und sich mit keinem bekannten identifizieren lassen etc. In neuester Zeit scheidet sich aus dieser ungeklärten Gruppe immer schärfer eine Erkrankungsform ab, die zunächst von Boeck als multiples benignes Sarkoid, später, als er die Natur der Affektion genauer kennen gelernt hatte, als benignes Miliärlupoid bezeichnet wurde. Letzterer Name weist auch auf das Wesen dieser Prozesse hin: es handelt sich dabei, wie neuere Untersuchungen immer sicherer zu beweisen scheinen, um Hauttumoren tuberkulösen Ursprungs. Diese „Sarkoide" oder besser „Lupoide" müssen wir nunmehr zunächst aus dem Kreis unserer Betrachtungen ausschalten, da es sich nicht mehr um echte Neoplasmen, sondern um entzündliche Tumoren handelt, die durch den Tuberkelbazillus erzeugt werden, der ja auch in einzelnen dieser Fälle nachgewiesen wurde.

Endlich müssen zu den sarkomartigen Tumoren auch die bei Leukämie und Pseudoleukämie gelegentlich auftretenden Geschwülste gerechnet werden; sie stehen aber der ganzen Gruppe infolge ihrer Ätiologie und ihres anatomischen Aufbaus etwas ferner, während hingegen die Klinik manchmal große Ähnlichkeit aufweisen kann.

So stellt sich gegenwärtig die am meisten in Geltung stehende und in den großen Lehr- und Handbüchern (Jarisch, Mraček) akzeptierte Einteilung der in Rede stehenden Tumoren dar. Ein kürzlich an der Grazer Klinik zur Beobach-



tung gelangter Fall gab uns Gelegenheit, die Brauchbarkeit dieser Einteilung zu erproben und den Versuch zu machen, durch eigene Untersuchungen einen Beitrag in dieser Sache zu leisten. Es seien nun im folgenden vorerst die wichtigsten Daten aus der Krankengeschichte sowie die Ergebnisse der histologischen Untersuchung mitgeteilt, bevor wir näher auf die Behandlung unseres Themas eingehen.

1. **Krankengeschichte**. P. J., aufgenommen am 28./VIII. 1909, 75 Jahre alt, Taglöhner aus einem Dorfe Untersteiermarks. Er weiß nichts über frühere Krankheiten zu berichten, war zeitlebens immer gesund. Um Weihnachten 1908 herum wurde er von „rheumatischen" Schmerzen in der Gegend des rechten Rippenbogens befallen, die ihn so quälten, daß er in der Arbeit behindert war und einen Arzt aufsuchte, der ihm ein Pflaster zum Auflegen gab. Daraufhin ließ der Schmerz nach. Einige Wochen später bemerkte er, daß in dieser Gegend kleine Knötchen hervorkamen, die nicht juckten, nicht schmerzten und ihn nicht weiter belästigten. Sie nahmen aber allmählich an Zahl und Größe zu; der Pat. magerte etwas ab, fühlte aber keine weiteren Beschwerden, die nicht auch auf sein hohes Alter hätten bezogen werden können. Er suchte auch nicht deshalb das Spital auf, sondern wegen eines Bronchialleidens und Atembeschwerden und war nur durch eindringliches Zureden zu längerem Bleiben zu bewegen — ein Beweis dafür, daß durch die Tumorbildung der Allgemeinzustand nicht wesentlich alteriert war.

Befund bei der Aufnahme: (Taf. IV, Fig. 1.) Sehr magerer marantisch aussehender Greis mit gelblicher, blasser Gesichtsfarbe, leicht gebückter Haltung, sehr geringem Fettpolster und senil atrophischer, gefalteter Haut. Die Muskulatur hingegen noch ziemlich kräftig. Die Hautveränderungen sind auf die rechte Rumpfseite auf ein Gebiet lokalisiert, das ungefähr von der äußeren Skapularlinie, dem Darmbeinkamm, dem rechten Rippenbogen und von einer von der Mitte des Schulterblatts gegen den Schwertfortsatz hinziehenden Linie begrenzt ist. Am Rücken über der unteren Hälfte der Skapula und auch noch nach außen und unten reichend sieht man eine Pigmentation in verschiedenen Nuancen von Braun, die sich anscheinend aus einzelnen bogenförmig begrenzten Flecken zusammengesetzt hat. In diesem Bereich, ganz besonders in der Schulterblattgegend, erweist sich die Haut als in ausgedehntem Maße sehr derb infiltriert. Dieses anscheinend in den tiefen Kutisschichten sitzende derbe Infiltrat ist nach außen vielfach umgrenzt von einem derben, keloidähnlich die Haut überragenden Wulst von bläulichroter Farbe. Im Inneren der Pigmentzone finden sich ebenfalls verschiedentlich haselnuß- bis nußgroße, mehr oder weniger prominente derbe Knoten, von violetter bis brauner Haut bedeckt und mit ihr verschieblich; an einer handflächengroßen Stelle jedoch am Rippenbogen entsprechend der rechten hinteren Axillarlinie ist die Haut länglich eingezogen und



an die Unterlage fixiert; man gewinnt den Eindruck, daß diese Knoten und Wülste unter Hinterlassung von Pigment sich zurückgebildet haben.

In der Umgebung dieses Herdes finden sich in im allgemeinen nicht besonders pigmentierter Haut einzeln stehende, durchwegs sehr derbe Knötchen und Knoten, die in verschiedenen Hautschichten sitzen; sie sind besonders reichlich unterm Rippenbogen und über den letzten Rippen angeordnet, ziehen sich aber auch übers Abdomen bis in den Mons veneris hinunter. Die kleinsten dieser Knoten, oft kaum linsengroß, sind kaum sichtbar, fast nur tastbar, sitzen tief in der Kutis und sind von unveränderter Haut bedeckt. Die größeren, haselnußgroßen, ragen stark hervor, die Haut darüber ist leicht gerötet. Noch größere Knoten sind noch höher emporgewachsen, von livider bis violettbrauner Haut bedeckt, die dem Tumor fest anhaftet, aber mit ihm über der Unterlage verschieblich ist, sehr derb, unempfindlich.

Die Untersuchung der Innenorgane durch einen Kollegen der medizinischen Klinik ergab starke Myodegeneratio cordis, bedeutende Dilatation, geringe Hypertrophie des Herzens, Stauungsleber, Stauungsmilz. Im Urin gelegentlich Spuren von Albumen, im Sediment keine Formelemente. Die wiederholt ausgeführte Blutuntersuchung ergab keine Vermehrung der Leukozyten, keine abnormen Formen derselben, normalen Hämoglobingehalt, hingegen im Anfang starke Vermehrung der Erythrozyten (bis zu 7 Millionen); die Zahl derselben sank aber später unter 5,000.000.

Verlauf. Die Therapie bestand in interner Darreichung von Solut. arsen. Fowl. und lokal, solatii causa, in gelegentlichen Verbänden mit Ungt. Diachylon. Das Allgemeinbefinden des Pat. war andauernd zufriedenstellend; er aß wenig, aber mit gutem Appetit und erwies sich als noch sehr rüstig, war stets außer Bett und verrichtete kleine Zimmerarbeiten. Bereits nach 14 Tagen war mit aller Deutlichkeit festzustellen, daß sich der größte Teil der Tumoren in Rückbildung befand, namentlich die bogenförmigen Wülste am Rande des pigmentierten Herdes schwanden von Tag zu Tag immer mehr, ohne daß sich irgendwo Geschwürsbildung eingestellt hätte. Hingegen konnte man unter der Bauchhaut zwei erbsengroße frische Knötchen tasten, über denen die Haut zunächst noch unverändert schien. Sie wurden je zwei Stunden lang mit der Radiumkapsel bedeckt und verschwanden im Laufe von 14 Tagen, ohne daß die Haut andere Veränderungen als eine leichte rosa Rötung gezeigt hätte.

Im weiteren Verlauf bildeten sich alle Knoten deutlich zurück und verschwanden mit Hinterlassung braunen Pigments. Allerdings stellten sich hin und wieder an einigen Stellen ganz kleine frische ein, die immer wieder mit Radium bestrahlt wurden. Auch die diffuse derbe Infiltration an der rechten Thoraxwand wurde allmählich weicher, wir konnten aber ihr völliges Verschwinden nicht beobachten, da der Pat. immer nach Hause drängte; er wurde nach zweimonatlicher Beobachtung entlassen und hatte damals außer der Pigmentation und dem bereits sehr gering



gewordenen, ausgebreiteten Infiltrat fast gar keine Knoten mehr. Namentlich die umgrenzenden Wülste sind vollständig verschwunden. Sein Allgemeinbefinden hatte sich eher gebessert, er hatte etwas an Gewicht zugenommen und fühlte sich wieder gekräftigt.

2. Histologische Untersuchung. (Taf. IV, Fig. 2, 3). Da der Pat. sehr messerscheu war und ja eigentlich auf die Beseitigung der Tumoren, die ihn kaum belästigten, keinen Wert legte, so konnte ich von ihm mit Mühe nur die Erlaubnis zur Exzision eines kleinen, kaum viel über erbsengroßen Knötchens aus der Bauchwand erhalten. Dieses Gewebsstück wurde nach Alkoholhärtung und Paraffineinbettung in Serien geschnitten und die einzelnen Gruppen mit Hämatoxylin-Eosin, polychromem Methylenblau, nach von Gieson und nach Biondi-Heidenhain gefärbt. Die mikroskopische Betrachtung ergab zunächst im schwach vergrößerten Übersichtsbilde, daß nicht, wie nach dem klinischen Bilde zu erwarten gewesen wäre, ein abgegrenzter Tumor vorlag, sondern vielmehr eine nicht ganz scharf begrenzte Infiltration vorwiegend der Kutis durch fremde Zellen. Diese Zellen sind in breiten und dichten Strängen angeordnet und durchsetzen die ganze Kutis, z. T. auch die Subkutis, deren Bindegewebsbündel auseinander gedrängt erscheinen. Dabei ist auffallend, daß diese Zellinfiltration nicht bis dicht an die Epidermis heranreicht, sondern daß die Pars papillaris im allgemeinen frei geblieben ist und nur von einzelnen schmäleren, den Blutgefäßen folgenden Zellsträngen durchzogen wird.

Die Schichten der Epidermis erweisen sich demnach als unverändert, sie sind aber ziemlich schmal, die Papillen meist stark abgeflacht und auseinander gezogen. Es finden sich ferner in der Basalzellenschicht ziemlich reichlich Pigmentzellen, die man vereinzelt auch in den tieferen Partien antrifft. In der Kutis nun finden sich, nach abwärts an Dichte zunehmend, in reicher Zahl Zellen, welche die Bindegewebsbündel auseinander gedrängt haben. Die Bindegewebsstränge erscheinen ziemlich breit, fast homogen und lassen nur sehr wenig Kerne erkennen. Die zwischengelagerten Zellen liegen meist sehr dicht beisammen, besitzen gut färbbare, runde oder stäbchenförmige Kerne und wenig Protoplasma. Von diesen Zellen, welche den Zellen eines Granulationsgewebes vergleichbar sind,

unterscheiden sich andere, welche man ebenfalls in großer Zahl, meist in kleineren Gruppen beisammen findet. Sie besitzen relativ große, schwach gefärbte bläschenförmige Kerne mit einem deutlichen Chromatingerüst und 2—4 Kernkörperchen und einer ganz feinen Granulierung; sie besitzen sehr wenig Protoplasma. Es ist nicht zu verkennen, daß sie besonders dicht in der Umgebung der Kapillaren, der Follikel und Nerven angeordnet sind.

Die zur Untersuchung vorgelegenen Schnitte stammen von einem Knötchen, das allem Anschein nach noch in Vergrößerung begriffen war. Es war uns leider nicht möglich, die Erlaubnis zur Exzision eines in Rückbildung befindlichen Knotens zu erlangen, um daran die Veränderungen der Tumorzellen studieren zu können.

Kurz zusammengefaßt haben wir also einen Fall vor uns, bei dem sich in den unteren Schichten der Thorax- und Bauchhaut im Verlauf einiger Monate sehr derbe schmerzlose Knoten bilden, über denen sich die Haut bei weiterem Wachstum zwar verfärbt, aber nicht exulzeriert. Die Knoten erreichen, wenn sie einzeln stehen, höchstens die Größe einer Nuß und bilden sich dann (spontan oder infolge der Arsentherapie?) langsam wieder zurück. Außerdem finden sich aber auch ausgedehnte flächenhafte Infiltrate, die wahrscheinlich durch Konfluenz von einzelnen Knoten entstanden sind. Wenigstens lösen sich diese Herde am Rand deutlich in Wülste und Knoten auf, während allerdings in der Mitte einzelne Knoten schwer zu differenzieren sind. Das Allgemeinbefinden ist durch die Tumoren nicht wesentlich gestört; die marantischen Erscheinungen kann man zwanglos auf das hohe Alter und die Myodegeneratio cordis beziehen. Blutbefund normal. In den Tumoren befinden sich eigentümliche Zellen, welche in Form eines nicht scharf abgegrenzten Infiltrates das Kutisgewebe durchdringen, wobei zwischen Epidermis und Kutis eine Zone frei bleibt. Das Muttergewebe ist nirgends substituiert, sondern nur auseinander gedrängt, nirgends eine Spur von Zellnekrose. Metastasierung konnte nicht festgestellt werden. Wie uns ein



in der Nähe des Heimatsortes des Pat. tätiger Kollege freundlichst mitteilte, starb der Pat. ca. 5 Monate nach seiner Entlassung an Altersschwäche. Neue Hauttumoren sollen nicht aufgetreten sein. Er wurde nicht obduziert.

Die Frage, welcher Form bereits bekannter Hauttumoren der vorliegende Fall zuzurechnen sei, war nicht auf den ersten Blick zu lösen. Als ich den Pat. zum erstenmal sah, war ich geneigt, die Affektion für Mykosis fungoides d'embleé zu halten; ich stand damals unter dem Eindruck des Falles, den ich vor kurzem in Budapest bei Rona gelegentlich des internationalen Kongresses gesehen hatte, eines Falles von Mykosis fungoides, der nach langer Behandlung mit Röntgenstrahlen bereits sehr gebessert war. Die Affektion saß bei dieser Frau fast an derselben Stelle wie in unserem Fall und ich kann auch heute nur sagen, daß die Ähnlichkeit im klinischen Bilde sehr groß war. Allerdings waren bei Ronas Fall die früheren Stadien der Erkrankung, wie sie dem typischen Bilde der Mykosis fungoides entsprechen, beobachtet worden, während in unserem Fall nichts dergleichen zu eruieren war. Deshalb wäre die Auffassung des Falles höchstens als Mykosis fungoides d'embleé zulässig gewesen. Dazu schien aber vor allem die Beschaffenheit der Tumoren selbst nicht recht zu passen; die Tumoren der M. fung. sind bekanntlich von mehr weicher Konsistenz, eigentümlich gelappt und eingeschnürt (von der Form einer Tomate). Sie können eine beträchtliche Größe erreichen und pflegen an der Oberfläche zu exulzerieren. Bei unserem Fall jedoch waren die Knoten sehr derb, die Haut unverändert oder braun bis dunkelbraunviolett, nirgends und nie trat Geschwürsbildung auf. Übereinstimmend ist hingegen die spontane Rückbildung und im großen und ganzen auch das histologische Bild.

Aber gerade bei dieser Entscheidung, ob Mykosis fung. d'embleé oder nicht, ist die größte Vorsicht geboten, wir befinden uns hier auf schwankendem Boden. Manche in der Literatur beschriebenen Fälle werden von den einen Autoren in diese, von den anderen in jene Gruppe gezählt. So erwähnt Paltauf bei der Beschreibung der M. fung. d'embleé in Mračeks Handbuch IV. T., daß dieser besonders von den



Franzosen hervorgehobene Typus (Vidal und Brocq) in der deutschen Literatur oft als Hautsarkome oder sarkoide Geschwülste bezeichnet wird und er rechnet hieher z. B. den ersten der Spieglerschen (auch von Kaposi angeführten) Fall, ferner aus späterer Zeit Fälle von Riehl, Jarisch, Neisser, Rille, Riecke. Von diesen Fällen zeigt z. B. gerade der erste Fall Spieglers sehr viel Ähnlichkeit mit unserem; die Tumoren haben nach der Beschreibung wohl z. T. leichte paradeisäpfelartige Einkerbungen gezeigt, scheinen aber sonst von ganz ähnlicher Beschaffenheit gewesen zu sein wie bei unserem Fall. Auch sie bildeten sich unter Arsenik zurück, nur ein einziger wurde gangränös, reinigte sich aber bald. Die Frau starb allerdings an Marasmus, sie war 76 Jahre alt. Bei der Obduktion fanden sich nur im Magen Reste von anscheinend ähnlichen Tumoren, die sich offenbar ebenfalls zurückgebildet hatten.

Ist also die Frage, ob Mykosis fung. d'embleé, „Sarkomatosis" oder sarkoide Geschwulst nicht ohne weiteres zu entscheiden, so kann man hingegen die bereits oben angeführten, klarer umrissenen übrigen Typen der sarkomartigen Neubildungen mit Sicherheit ausschließen, nämlich irgend eine Form von echtem Sarkom (wegen der Rückbildung, des mangelnden Zerfalls, der Histologie), ferner das hämorrhagische Pigmentsarkom (wegen der Lokalisation und des Fehlens der Hämorrhagien) und ferner auch leukämische und pseudoleukämische Tumoren (wegen des Blutbefundes etc.). Ebensowenig kann es sich um eine Form von benignem Sarkoid oder vielmehr Lupoid im Sinne Boecks handeln, denn diese Affektion muß man wohl als eine tuberkulöse auffassen, wofür in unserem Fall kein Anhaltspunkt vorliegt.

Es scheint, daß wir in der letzterwähnten Affektion eine Gruppe von Hauttumoren vor uns haben, deren Deutung bisher auf Schwierigkeiten stieß, über deren Natur aber die jüngste Zeit anscheinend genügend Aufklärung gebracht hat, um sie von der „sarkomartigen" Gruppe loszutrennen. In den Jahren 1899 und 1900 hat zunächst Boeck im „Norsk Magazin for Laegevidenskaben", im „Journal of cutaneous and genitourinary diseases", und in der „Festschrift Kaposi" unter dem „vor-

läufigen“ Titel „Multiples benignes Sarkoid“ eine eigentümliche und klinisch gut charakterisierte Krankheitsform beschrieben, über deren Ursache er sich zunächst nicht aussprechen konnte. Bald darauf wurden von Darier ähnliche Fälle beobachtet; er hielt sie für eine Form von Tuberkulid und bezeichnete sie als „Tuberculide lupoide disséminée“ (Congr. intern. de Méd. Paris 1900). In der Folge wurden auch von anderer Seite ähnliche Fälle beschrieben und 1905 kam Boeck auf Grund fortgesetzter Untersuchungen (Archiv f. Dermat. Bd. LXXIII pag. 71) zu der Annahme, daß die „multip. benig. Sarkoide“ durch abgeschwächte Tbk.-Bazillen hervorgerufen werden, mithin eine Form der Haut-Tbk. darstellen, für die er den Namen „benignes Miliär-Lupoid“ vorschlägt.

Von den späteren Arbeiten über diesen Gegenstand seien hier nur einige der wichtigeren angeführt; Halkin (Archiv f. Derm. Bd. LXXXIV, pag. 227. Contrib. à l'étude des sarcoides de la peau) glaubt, daß die benignen Sarkoide Boecks nicht tuberkulösen Ursprungs sind; die subkutanen Sarkoide Dariers (D. u. Roussy, Arch. de médecin exper. 1906 Nr. 1) hält er nicht für eigentliche Sarkoide, sondern meint, daß hier ein tuberkulöser Ursprung zwar wahrscheinlicher sei als bei den Boeckschen Tumoren, aber nicht genügend bewiesen sei.

Winkler (Beitr. zur Frage der „Sarkoide“ (Boeck) resp. der subkutanen nodulären Tuberkulide (Darier) Arch. Bd. LXXVII, pag. 3) beschreibt einen Fall, den er zu der Boeck-Darierschen Gruppe rechnet, wobei er aber die Beziehungen dieser Erkrankung zur Tbk. als noch ungeklärt hinstellt; histologisch finden sich zahlreiche, scharf begrenzte Knötchen.

Bei dem vom Verfasser als multipl. benig. Sarkoid (Boeck) angesprochenen Fall von Mazza (Archiv Bd. XCI, pag. 57) erwiesen sich die Tumoren histologisch als Granulationsgeschwülste, wobei besonders die Lokalisation an den Nerven auffiel. Heilung unter Arsengebrauch.

Schließlich beschreiben Kreibich und Kraus (Archiv f. Derm. Bd. XCII, pag. 173) zwei Fälle als Beitrag zur Kenntnis des Boeckschen benignen Miliärlupoids, bei welchen die im Gesicht lokalisierte Affektionen augenscheinlich tuberkulöser



Natur sind und von den Autoren auch als solche angesprochen werden.

Alle bisher unter dem Bilde des „Miliärlupoids“ im Sinne Boecks mitgeteilten Fälle weichen klinisch und besonders histologisch nicht unbeträchtlich von unserem Fall ab; wir glauben daher mit Sicherheit annehmen zu können, daß derselbe nicht zu jener Krankheitsgruppe, die man jetzt wohl als eine eigentümliche Form der Haut-Tbc. ansehen muß, gerechnet werden darf.

Nun kommen wir zu jenen Fällen der Literatur, die als „Sarcomatosis cutis“ oder unter anderen ähnlichen Namen beschrieben wurden, keine einheitliche Gruppe darstellen und unter einander vielfache Verschiedenheiten zeigen, dabei aber zum Teil größere, z. T. geringere Analogien mit unserem Fall aufweisen. Da sind zunächst die 6 Fälle Spieglers (Archiv f. Derm. Bd. XXVII, pag. 163); sie bieten zwar sowohl klinisch wie histologisch manche Unterschiede und unser Fall zeigt eigentlich nur mit dem ersten Fall Spieglers (auch von Kaposi Archiv Bd. XXVI, pag. 309 beschrieben) große Ähnlichkeit. Die Bedeutung dieser Fälle liegt jedoch darin, daß sie sich durch wesentliche Merkmale sowohl von den echten Sarkomen, wie von der Mykosis fungoides und leukämischen Tumoren unterscheiden (cf. Paltauf, (Mračeks Handbuch) faßt übrigens, wie bereits erwähnt, den ersten dieser Fälle als Mykosis fung. d'embleé auf). Diese allen gemeinsamen Unterscheidungsmerkmale sind: das beschränkte Wachstum, die Fähigkeit der Rückbildung und bezüglich der Anatomie der Umstand, daß es sich dabei nicht um Verdrängung des Nachbargewebes durch den Tumor handelt, sondern vielmehr um eine kleinzellige Infiltration in das Maschenwerk der Kutis mit nahezu intakter Erhaltung der Struktur der letzteren (Spiegler). In diesen Merkmalen stimmen, wir wir später noch ausführlicher zeigen werden, diese Fälle mit unserem vollkommen überein.

Ferner interessiert uns ein Fall von Max Joseph (Archiv f. Derm. Bd. XLVI, pag. 177), der klinisch und besonders auch histologisch als Analogon unseres Falles betrachtet werden kann. Die Hauttumoren (ca. 100) dürften nach Beschreibung



und Abbildung genau so ausgesehen haben, wie in unserem Fall. Max Joseph rechnet seinen Fall zum Typus der „Sarcomatosis cutis Spiegler“ und weist die von Spiegler aufgestellten Merkmale an seinem Fall nach. Aus der ausführlichen Histologie ergibt sich als bemerkenswert, daß es sich hier (ebenso wie in unserem Falle) nicht um abgegrenzte Geschwulstknoten handelt, sondern um ein Rundzelleninfiltrat der Kutis und Subkutis, wobei wenigstens bei den jungen Tumoren die Pars papillaris frei bleibt. Max Joseph betont ferner wieder das Erhaltenbleiben der elastischen Fasern, den Mangel von Zerfallserscheinungen des Bindegewebes, die Rückbildungserscheinungen etc.

Einen abweichenden Standpunkt nimmt in einer größeren Arbeit über Sarkome und sarkoide Geschwülste Fano (Archiv f. Derm. Bd. LXXIII, pag. 33, 225, 427) ein. Er kommt auf Grund genauer Untersuchungen eines Falles zu folgender Ansicht: 1. die sarkoiden Geschwülste zeigen wie die Sarkome und alle malignen Neubildungen ein schrankenloses Wachstum und Neigung zur Metastasenbildung. Die gelegentliche Rückbildung einzelner Knoten spricht nicht gegen Sarkom. 2. Alle im Gegensatz zu den Sarkomen bei den sarkoiden Geschwülsten hervorgehobenen Erscheinungen als da sind: Mangel an scharfer Umgrenzung, peripheres Wachstum, Infiltration des Gewebes mit nahezu intakter Erhaltung der Struktur desselben, Involution der Knoten, können sich auch bei Sarkom finden und man kann in dieser Hinsicht Unterschiede nicht geltend machen. Gewisse Eigentümlichkeiten in der Haut, namentlich das häufige Vorkommen der Involutionserscheinungen, sind von der Beschaffenheit des Organs abhängig.

Dazu ist zu bemerken, daß Fanos Fall trotz mancherlei Ähnlichkeiten mit den Spieglerschen namentlich in der Histologie doch bedeutende, nicht zu übersehende Abweichungen aufweist, so vor allem die Ulzeration vieler Knoten, die zu größeren Zerstörungen führte und sogar den Verlust eines Auges veranlaßte. Ich glaube daher, daß die Ansicht Fanos keinen Fortschritt in der Frage bedeutet, da es sich in seinem Fall eben nicht um bloß infiltrierende, sondern um bösartige, zerstörende Tumoren handelte. Der Pat. starb auch an Marasmus infolge der Erkrankung.

Ein Fall von Rusch (Arch. f. Derm. Bd. LXXXVII, pag. 163) weicht klinisch vollständig von allen anderen Fällen ab und stellt ein nicht leicht zu deutendes Unikum dar. Er berechtigt zu keinen weiteren Schlüssen, dürfte aber jedenfalls nicht in den Typus Spiegler passen.

Die hier kurz wieder gegebene kleine Statistik erhebt durchaus keinen Anspruch für eine vollständige Aufzählung aller bisher veröffentlichten, mehr oder weniger ähnlichen Fälle, sie zeigt aber die hauptsächlichsten Typen derartiger Affektionen und bietet uns eine Handhabe zu einer Beurteilung, event. Einteilung derselben. Auf Grund der angeführten und des von uns beobachteten Falles scheint sich uns gegenwärtig die Angelegenheit in folgender Weise darzustellen:

Es liegen gegenwärtig bereits genügend viele einwandfreie klinische Beobachtungen, Untersuchungen und Beschreibungen vor, um zu der Annahme zu berechtigen, daß es eine Form von sarkomähnlichen Hauttumoren gibt, die sich vollkommen scharf von anderen ähnlichen Affektionen abgrenzen läßt, so insbesondere von allen echten malignen Sarkomen, mögen sie nun von der Haut ihren Ausgangspunkt nehmen oder Metastasen innerer Sarkome darstellen, ferner vom multiplen hämorrhagischen Pigment-Sarkom *Köbners* und *Kaposis*, von der Mykosis fungoides und von den Sarkoiden resp. Lupoiden im Sinne *Boecks*, *Dariers* etc. Als Repräsentanten dieser Gruppe haben wir vor allem die als „Sarcomatosis cutis" bezeichneten Fälle *Spieglers*, den Fall von Max *Joseph* und schließlich auch den oben beschriebenen Fall unserer Beobachtung anzusehen.

Als die charakteristischen klinischen Merkmale werden von den Beobachtern dieser Fälle hervorgehoben: das *beschränkte Wachstum*, die *Fähigkeit der Rückbildung*, das *Ausbleiben der Metastasen*, das *Fehlen der für Malignität* sprechenden Anzeichen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich dabei um ein *kleinzelliges Infiltrat in das Maschenwerk der Kutis mit nahezu intakter Erhaltung der Struktur derselben.* Die Epidermis, bei jüngeren Tumoren meist auch die Pars papillaris der Kutis bleibt von der Infiltration frei, erleidet höchstens bei älteren Geschwulstknoten Veränderungen durch den Druck und die Ernährungsstörung, Pigmentation etc., wird aber in typischen Fällen *nicht zerstört.* Nach dem Verschwinden der Tumoren, die nicht nur knotenförmig sind, sondern auch breite, wenig scharf abgegrenzte flache Infiltrate darstellen, können, bleibt nur Pigmentation und manchmal eine Art „atrophische" Narbe zurück.

Es ist wohl überflüssig, hier nochmals des näheren auszuführen, daß der von uns beobachtete Fall aufs beste mit dem oben charakterisierten Krankheitsbilde übereinstimmt, es ergibt sich dies ohne weiteres aus einem Vergleich mit der ausführlichen Klinik und Histologie unseres Falles. Es sei hier nur nochmals auf die Histologie hingewiesen, die mir besonders



deutlich die Zugehörigkeit meines Falles zu den von anderer Seite beschriebenen, von mir in dieselbe Gruppe zusammengefaßten Fälle zu erweisen scheint und auf die Genese der Affektion ein gewisses Licht wirft. Sehr genaue histologische Befunde, die mit den unseren übereinstimmen, führt u. a. namentlich Max Joseph an. Es ergibt sich daraus sehr deutlich das Entstehen der Tumoren in dem Kutisgewebe, wobei die Epidermis entweder gar nicht oder doch sehr spät und in geringem Grade in Mitleidenschaft gezogen wird. Beachtenswert ist der Hinweis auf die „freie Zone" in der Pars papillaris, den wir wie in unserem Fall auch bei mehreren anderen Autoren finden.

Auch die Zellen selbst, welche die Hauptmasse der Tumoren zu bilden scheinen, entsprechen nicht den typischen Sarkomzellen, eben so wenig wie die Art ihrer Ausbreitung im Nachbargewebe, die Art ihrer Gruppierung und Begrenzung zum Bilde des echten Sarkoms paßt. Man könnte die Pathologie des Prozesses vielleicht am besten veranschaulichen, wenn man sagt, er stehe in der Mitte zwischen Entzündung und Neoplasma; er findet sich zumeist bei älteren Leuten und es ist wohl nicht zu gewagt, die Veränderungen des Hautbindegewebes und die Herabsetzung seiner Vitalität im Alter mit der Entstehung der Affektion in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Es ist klar, daß diese Vermutungen derzeit noch nicht viel mehr bedeuten als Hypothesen, die erst durch zahlreiche weitere Beobachtungen gestützt werden müssen. Es ist daher gerade in diesem Falle eine ausgiebige Bereicherung der Kasuistik von hohem Wert. Dadurch könnte auch Klarheit in einem anderen Punkte geschaffen werden, der bei der Umgrenzung unserer Tumorengruppe noch gewisse Schwierigkeiten macht, nämlich die Stellung der Mykosis fungoides d'embleé. Dieser Punkt kann um so weniger unbeachtet bleiben, als Männer von großer Autorität einzelne der „Sarkomatosis"-fälle dieser eigentümlichen Form der Mykosis zurechnen; unsere hier mitgeteilten Beobachtungen geben uns aber zu einer definitiven Stellungnahme gegenüber dieser Frage keine hinreichende Handhabe, zumal wir über keine eigenen Beobachtungen über M. fung. „d'embleé" verfügen.

Werfen wir schließlich noch die Frage auf, wie die oben dargelegte Krankheitstype genannt werden soll, so möchte ich dafür sprechen, für dieselbe den Namen „Sarcomatosis cutis Spiegler" beizubehalten, weil die von dem genannten, leider früh verstorbenen Kollegen zuerst beschriebenen Fälle die Basis für die folgenden Beobachtungen abgegeben haben und Spiegler bereits die wesentlichen Trennungsmerkmale gegenüber den echten Sarkomen hervorgehoben hat.



Über eine eigenartige Erkrankung der Arbeiter in Emailfabriken.

Von

Priv.-Dozent Dr. **Th. Spietschka,**
Primararzt der mähr. Landes-Krankenanstalt in Brünn.

Unter den verschiedenen Hauterkrankungen, welche bei der Ausübung gewisser gewerblicher Beschäftigungen entstehen, sahen wir wiederholt eine ganz eigentümliche Affektion an den Händen von Arbeitern, welche in hiesigen Emailgeschirr-Fabriken beschäftigt sind. Die Arbeiter und Arbeiterinnen kommen allerdings nur selten wegen dieser Hauterkrankung selbst in die Anstalt, weil dieselbe beim Aussetzen der Beschäftigung unter indifferenten Salben zumeist ziemlich rasch abheilt; die Patienten bleiben einige Zeit außer Arbeit und werden von den betreffenden Kassenärzten behandelt; zu uns kamen sie meist wegen anderer Erkrankungen; z. B. sahen wir dieselbe bei Mädchen, welche wegen einer Geschlechtserkrankung Aufnahme 'suchten. Nur einzelne schwerere Fälle kamen wegen dieser Erkrankung selbst in die Krankenanstalt, darunter ein Mann, welcher deshalb zu wiederholtenmalen Aufnahme fand.

Die Erkrankung ist derjenigen, welche O. Neugebauer im XCIII. Bande des „Archiv für Dermatologie und Syphilis" beschreibt, außerordentlich ähnlich, ja wohl identisch mit derselben. Da, wie die Patienten berichten, viele Arbeiter und Arbeiterinnen an diesem Übel leiden, dasselbe demnach eine in den betreffenden Gewerben häufige Erkrankung darstellt, welche die davon Befallenen für eine Zeit arbeitsunfähig macht, und da wir Gelegenheit hatten, dem Wesen der Krankheit dadurch näherzutreten, daß

wir die histologische Beschaffenheit eines Krankheitsherdes feststellen konnten, erlaube ich mir über meine diesbezüglichen Erfahrungen und Untersuchungen Bericht zu erstatten.

Ich will mich nicht lange bei der Literatur über diese Sache aufhalten, sie findet sich in der zitierten Arbeit Oberländers angegeben, sondern will sofort in medias res gehen.

Der schwerste Fall betraf einen 42jährigen gesunden, ziemlich kräftigen Mann, der etwas blutarm war und an beiden Händen folgende Veränderungen aufwies: die Epidermishornschichten sind überall, an Handrücken wie an Handtellern tief gelbbraun verfärbt, sehr trocken, hart, rauh und rissig. Die Farbe erinnert an die einer Salpetersäureverätzung. Doch erkennt man, daß die Haut unter dieser Verfärbung auch entzündlich gerötet und infiltriert ist. Die Hände und Finger werden stets gekrümmt gehalten, eine vollständige Streckung ist nicht möglich, denn in den Beugefalten der Finger und Hände zeigt die Haut tiefe Risse, welche beim Versuche der Streckung tiefer einreißen und heftigen Schmerz bereiten; auch in den Falten der Streckseiten der Finger finden sich hie und da derartige, wenn auch nicht so tiefe Risse.

Neben dieser Allgemeinerkrankung der Haut sehen wir aber auch noch mehrere einzelne Herde besonderer Art. Vorzüglich an Hand- und Fingerrücken, an den Seiten der Finger, aber auch in den Beugefalten der Finger befinden sich einzelne Knoten von Erbsen- bis Bohnengröße. Diese Knoten zeigen in ihrer Mitte eine scharfrandige, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Vertiefung. Der Knoten stellt einen Wall dar, welcher diese Vertiefung umgibt. Er steigt allmählich aus der Umgebung an, um plötzlich steil in die genannte Vertiefung abzufallen. Er fühlt sich wie ein derbes Infiltrat der Haut an. Die Hornschichten sind über dem Knoten stark verdickt, nach der Mitte zu am mächtigsten, so daß die Affektion einige Ähnlichkeit mit einem mäßig entzündeten Clavus zeigt. Die Vertiefung in der Mitte ist nur bei wenigen Knoten leer und rein; sie stellt dann ein rundes oder ovales, 2—5 Millimeter tiefes Grübchen dar, dessen Wände glatt und glänzend, rosarot erscheinen, etwa der Oberfläche einer zarten frischen Narbe vergleichbar; die Ränder sind stets scharf und glatt.

An den meisten Herden jedoch zeigen sich diese Grübchen von einer gelbbraunen bis braunschwarzen bröckeligen und geschichteten Kruste bedeckt, welche fest anhaftet und sich durch Kratzen oder Schaben nicht leicht loslösen läßt. Oft schiebt sich die Epidermishornschichte mit ihren obersten Lagen vom Rande her noch über das Grübchen hinüber und hängt mit der darunter liegenden, dunkel gefärbten Kruste fest zusammen; dann zeigt sich aber stets in ihrer Mitte eine Öffnung, durch welche man in das Grübchen gelangen kann. Das Grübchen macht vollständig den Eindruck eines scharf ausgeschnittenen Substanzverlustes.

Auf Druck sind alle Knoten mehr oder weniger schmerzhaft, so daß sie den Patienten an der Arbeit verhindern.



Ganz analoge Veränderungen sehen wir mehrfach an den Nägeln beider Hände. Die Nägel sind im ganzen, so wie die Hornschichten der Hände, gelbbraun bis schwarzbraun verfärbt. Außerdem zeigen sie vielfach eine grobe Querriefung und buckelige Vertiefungen, wie man solche nach Entzündungen des Nagelbettes sehr häufig sieht; in der Tat nimmt der Nagelpfalz an der allgemeinen Entzündung der Haut teil; oft ist die Haut am Nagelpfalz viel stärker gerötet als die übrige Haut; die Riefungen und grubigen Vertiefungen sind Wachstumsstörungen des Nagels infolge dieser der allgemeinen Hautentzündung der Hand entsprechenden Entzündungen des Nagelpfalzes und Nagelbettes.

Daneben sehen wir aber auch wieder solche Erkrankungsherde, welche den oben beschriebenen grübchenartigen Veränderungen der Haut entsprechen. An der Haut der Fingerbeere des Mittelfingers sehen wir zum Beispiele dicht unter dem freien Rande des Nagels eine derartige grubige Vertiefung, die von einem, wenn auch hier nicht sehr deutlich ausgesprochenen Walle umgeben ist. Das Grübchen erstreckt sich hier aber tief unter den Nagel, und ist durch diesen hindurch als ein dunkler schwarzer Streifen zu erkennen, der fast bis zur Mitte des Nagels zieht. Mit einer dünnen Sonde kann man leicht in diesen Substanzverlust eindringen. Auch hier ist das Grübchen, oder sagen wir der Substanzverlust von einer dunklen krümmeligen Masse erfüllt, welche aber nicht so geschichtet erscheint wie an den anderen Hautherden.

An anderen Fingern sehen wir wieder die ganze vordere Hälfte des Nagels durch eine derartige bröckelige Masse vom Nagelbette abgehoben, so daß der ganze vordere Teil des Nagels, abgesehen von seiner oberflächlichen Eigenfärbung, infolge des Hindurchschimmerns des dunklen Schorfes, selbst dunkel erscheint. Aber auch seitlich vom Nagelpfalz aus erstrecken sich derartige Herde bis unter den Nagel. Man sieht bei diesen Herden einen dicht am Rande beim Nagel stehenden grübchenförmigen Substanzverlust, von einem gegen diesen steil abfallenden, mit scharfen Rändern versehenen Walle umgeben, der hier allerdings keine bedeutende Höhe erreicht. Die Epidermis-Hornschichten ziehen sich von dem dem Nagel gegenüberstehenden Rande des Walles bis etwa in die Hälfte über den Substanzverlust hinweg und bedecken hier die krümeligen Massen, welche den Substanzverlust teilweise ausfüllen; an der dem Nagel zugewendeten Hälfte liegt der Substanzverlust mit den ihn erfüllenden Krusten frei zu Tage. Vom Rande aus kriecht der Substanzverlust 2—4 Millimeter tief unter den Nagel. Hier haften die krümeligen Massen sehr fest und hängen auch fest mit der Unterseite des Nagels zusammen.

Solche Herde befinden sich an mehreren Stellen. Einer saß am Daumen, dicht hinter der Matrix am Nagelpfalz, und hat die Matrix selbst mit ergriffen, und dadurch zur Bildung eines Substanzverlustes des Nagels selbst geführt; der Nagel ist hier vollständig durchbrochen, an den Rändern dieses Substanzverlustes ist die Nagelsubstanz stark zerblättert und dunkel verfärbt.



Unter erweichenden Salbenverbänden besserten sich die Erscheinungen sehr rasch; die Borken lösten sich aus den Grübchen, diese verflachten sich allmählich, und glichen sich unter schuppender Abstoßung der Epidermis des Walles in einigen Tagen vollständig aus. Die Herde an und unter den Nägeln verloren ihre Schmerzhaftigkeit, blieben aber selbstverständlich durch lange Zeit sichtbar, da ja normale Zustände erst dann wieder eintreten können, bis durch das Wachstum der Nägel die Krankheitsherde und die durch diese gesetzten Veränderungen nach vorne hinausgeschoben werden. Bei einem späteren Aufenthalte des Patienten im Spitale sahen wir eine Stelle, an welcher früher sich ein Substanzverlust des Nagels befunden hatte, vollständig ausgeheilt und vom normalen glatten Nagel bedeckt, nur eine grubige flache Einsenkung des Nagels bezeichnete noch den Sitz der früheren Erkrankung.

Die allgemeine Rötung der Haut ging unter der Salbenbehandlung gleichfalls rasch zurück, doch blieb die Verfärbung so lange Zeit bestehen, bis die verfärbten Epidermishornschichten abgestoßen waren. Rasch verlor sich auch die Schmerzhaftigkeit, und der Patient konnte Hände und Finger vollständig strecken. Er wurde geheilt entlassen und kam nach $1^1/_2$ Jahren mit ganz ähnlichen Krankheitserscheinungen wieder, wurde nach ungefähr drei Wochen wiederum geheilt entlassen, um nach acht Wochen nochmals die Hilfe der Abteilung wegen desselben Leidens in Anspruch zu nehmen. Wir rieten ihm bei seiner Entlassung, er solle sich in der Fabrik eine andere Arbeit zuweisen lassen; allerdings waren es bei diesem letzten Aufenthalte nur die diffusen Entzündungserscheinungen, die Sprödigkeit und Schmerzhaftigkeit der Haut, welche das Krankheitsbild beherrschten, während nur ein einziges Grübchen in der Beugefurche eines Fingers vorhanden war; vorne unter den Nägeln fanden sich dagegen dieselben Veränderungen vor, wie bei seinen früheren Aufenthalten im Spitale.

Ich will mich nicht damit aufhalten, die Krankengeschichten der übrigen Fälle einzeln vorzuführen, da ja die Krankheitsherde, um welche es sich hier handelt, sich in Lokalisation und Aussehen bei allen Patienten sehr ähnlich verhielten, so daß es vollständig genügt, wenn ich dieselben im allgemeinen beschreibe.

Es handelte sich stets um Mädchen aus den Emailfabriken; an den Händen derselben, namentlich an den Seiten und Beugeflächen der Finger, aber auch am Handrücken, besonders gerne in einer der vorhandenen tieferen Hautfalten sich einnistend, sehen wir scharfrandige grubenförmige Substanzverluste, welche im Verhältnis zu ihrer Flächenausdehnung recht tief erscheinen; ihre Gestalt ist kreisrund oder oval; sie zeigen stets scharfe und glatte, niemals unregelmäßige oder ausgefressene Ränder. Ihr Durchmesser beträgt 1—8 Millimeter, ihre Tiefe 1—4 Millimeter. Einzelne der Gruben sind vollständig rein, besitzen glatte



glänzende Wände, wie wir dies schon beim vorigen Falle beschrieben haben; andere erscheinen von dunkel gefärbten krümeligen Borken erfüllt, die sich nicht bei allen leicht auslösen lassen, sondern oft recht fest mit der Nachbarschaft zusammenhängen, und oft eine geschichtete Struktur aufweisen. Häufig zieht sich die Epidermis vom Rande aus noch mit einem freien Saume über das Grübchen hin, doch ist in der Mitte stets eine Öffnung vorhanden, durch welche man in die Höhlung gelangen kann.

Die Haut in der Umgebung der Grübchen ist mäßig gerötet, fühlt sich etwas derber an und erhebt sich etwas über das Niveau der Umgebung, so daß der ganze Krankheitsherd einen Knoten darstellt, in dessen Mitte das erwähnte Grübchen sitzt. Die Epidermis erscheint mehr weniger verdickt, namentlich gegen die Öffnung des Grübchens hin. Der ganze Knoten ist auf Druck und auch spontan schmerzhaft, und verhindert die vollständige Beweglichkeit, sobald er an den Falten der Gelenke sitzt, und führt dadurch die Arbeitsunfähigkeit der betreffenden Arbeiter herbei.

Unter indifferenten Salbenverbänden bessert sich die Krankheit sehr rasch, doch nimmt die vollständige Heilung größerer Herde immerhin drei Wochen und darüber in Anspruch.

Wir sehen, daß es sich bei unseren Kranken um eine Affektion handelt, welche der von O. Neugebauer in der zitierten Arbeit beschriebenen außerordentlich ähnelt. Auch bei Neugebauers Fällen besteht das charakteristische Moment der Erkranknng in scharf umschriebenen, glattrandigen Substanzverlusten, welche zum Teile von Borken bedeckt sind. Auch bezüglich des ätiologischen Momentes besteht zwischen Neugebauers und unseren Fällen Übereinstimmung, insoferne es sich hier wie dort um Arbeiter aus Metallfabriken handelt; bei Neugebauers Kranken wird Kalk als verätzende Substanz genannt, und Kalkpartikelchen fanden sich auch an den Verletzungen vor; der Kalk wird zur Reinigung der zu vernickelnden Gegenstände von den zum Putzen verwendeten Fettsubstanzen benützt. Der von mir oben beschriebene Arbeiter hatte eine ganz ähnliche Beschäftigung; auch er hate die Metallgegenstände,



welche mit einem Überzuge versehen werden sollten, gründlich zu reinigen. Unser Patient hat mit Bestimmtheit angegeben, daß er mit Kalk nichts zu tun habe; er hat die Metallgegenstände mit Bürsten in verdünnten Säuren zu reinigen; es handelt sich um verdünnte Lösungen von Schwefel- und Salzsäure; demgemäß schließt sich dieser Patient mehr der 2. Gruppe der von Neugebauer geschildeten Patienten an, bei denen es sich gleichfalls um Säureverätzungen handelt; in der Tat zeigt er auch dieselbe Verfärbung der Haut an den Händen, Trockenheit und Rissigkeit derselben.

Die Mädchen dagegen haben eine andere Beschäftigung; sie tauchen die gereinigten an Drähten hängenden Metallgegenstände in die breiige oder dickflüssige Emailmasse und hängen sie zum Trocknen auf, worauf dieselben in den Brennofen kommen, wo sie bis zum Glühen erhitzt werden; hier schmilzt die Masse zu dem glasigen, fest anhaftenden Emailüberzuge zusammen. Bei diesem Eintauchen und Aufhängen der Gegenstände werden nun die Hände mit der Emailmasse beschmutzt, auch finden kleine Verletzungen der Haut bei dem Hantieren mit dem zum Aufhängen benützten Drähten sehr häufig statt. Diese Emailmasse reagiert nicht sauer, sondern ist stark alkalisch; ich kann nicht sagen, ob Ätzkalk zur Bereitung derselben verwendet wird, doch ist dies sehr wohl möglich; doch können wir wohl annehmen, daß auch andere Alkalien, als Ätznatron oder Ätzkali derartige Verletzungen hervorzubringen im stande sind. Wenn wir auch nicht, wie Neugebauer Kalkpartikelchen an den Krankheitsherden vorgefunden haben, so handelt es sich doch auch bei diesen unseren Patienten um Alkaliverletzungen, und in der Tat entsprechen auch die Veränderungen an den Händen unserer Patientinnen vollständig denen der ersten Gruppe Neugebauers.

Eines der Mädchen gestattete uns einen der gut ausgeprägten Herde zu exzidieren; er saß an der Radialseite des Gelenkes zwischen 1. und 2. Phalanx des Zeigefingers der linken Hand. Er wurde unter Kälteanästhesie ausgeschnitten und in gewöhnlicher Weise gehärtet, eingebettet, geschnitten und gefärbt. Die histologische Untersuchung des Stückchens ergab folgenden Befund: Die Epidermis ist im Bereiche des Knotens



in allen Schichten beträchtlich verdickt, doch betrifft die Verdickung vorwiegend das Stratum corneum, welches die vielfache Dicke der gleichartigen benachbarten Schichten der gesunden Haut aufweist. Alle Schichten der Haut sind auch im Krankheitsherde gut ausgeprägt; Stratum granulosum und Stratum germinativum erscheinen wesentlich verbreitert. In der Mitte des Herdes enthält die Epidermis einen ziemlich geräumigen Hohlraum von runder Gestalt; an den mehr seitlichen Schnitten ist dieser Hohlraum vollständig von Epidermis umschlossen, so daß also nach oben hin eine vollständige Epidermisdecke nach Art einer Blasendecke besteht; gegen die Mitte zu wird diese Decke dünner, um endlich einer von zerblätterten Rändern umgebenen Öffnung Platz zu machen. Die Wände der Kavität werden von verhornten Epithelzellen gebildet, welche eine konzentrische Schichtung aufweisen; innerhalb der Kavität finden sich teils isolierte, teils in kleineren Stücken zusammenhängende, abgestoßene, durchwegs verhornte Plattenepithelien. Die Kavität selbst liegt in der Höhe der der Zona pellucida zunächst gelegenen Schichte, und zwar ganz dicht unter der Zona pellucida, in dem diese in den Schnitten aus den seitlichen Teilen, wo die Decke der Kavität vollständig erhalten ist, über der Kavität hinwegzieht. In den tiefsten Schichten der Decke sind die Kerne der Zellen noch sehr gut ausgeprägt, aber sehr flach, indem sie im Durchschnitte als Stäbchen erscheinen. Gegen die Mitte zu, wo die Blasendecke dünner wird, verschwinden auch die Kerne dieser Zellen. Unter der Kavität erscheint das Stratum granulosum, das neben derselben sehr verbreitert ist, wie zusammengedrückt, seine Zellen sind hier sehr deutlich abgeplattet.

Zwischen die Papillen des Korium senken sich schmälere und breitere Retezapfen ein; namentlich in der Mitte des Herdes, und zwar unter der Mitte des oben beschriebenen Hohlraumes, bildet die Epidermis einen sehr breiten und plumpen Zapfen, welcher sich etwas tiefer als die benachbarten schmäleren Zapfen in das Korium hineinsenkt. In diesen tiefen gewucherten Schichten des Stratum germinativum finden sich stellenweise größere Zellen mit Vakuolen und seitlichen, flachgedrückten Kernen. In den breiteren Zapfen erstrecken sich von unten her zahlreiche, sehr lange Papillen, die namentlich in den seitlichen Teilen des



Zapfens stark entwickelt sind, und hoch in den Zapfen hinaufragen; diese Papillen sind schlank und enthalten ein bis mehrere Blutgefäße; um diese Blutgefäße herum sehen wir stellenweise sehr reichliche, stellenweise nur ganz spärliche Leukozyteninfiltration.

Die oberflächlichen Lagen des Korium zeigen eine geringe, herdweise angeordnete entzündliche Infiltration. Das übrige Korium zeigt keine Veränderung.

Aus diesem histologischen Befunde wäre besonders die fast vollständig normale Beschaffenheit des Derma hervorzuheben. Mit Ausnahme der Störungen, welche die Wucherung der Retezapfen mit sich bringt, war außer einer geringfügigen Entzündung gar keine Störung hier wahrzunehmen. Auch die tieferen Teile der Epidermis zeigten außer der Wucherung keine Veränderungen, welche auf eine tiefer greifende Zerstörung hingedeutet hätten; alle Schichten der Epidermis waren vorhanden. Auch nicht einmal die Annahme läßt sich machen, daß der Herd ein bereits in Heilung begriffener gewesen sei, denn von Veränderungen, wie sie eine Ausfüllung eines tieferen Substanzverlustes durch Granulationsbildung und Epidermisierung nach sich ziehen muß, war keine Spur zu finden.

Es handelt sich demnach bei dem ganzen Prozesse um einen nur auf die Epidermis beschränkten Vorgang, der das Derma nur sekundär in Mitleidenschaft zieht.

Wir werden demnach annehmen müssen, daß durch kleine Verletzungen der oberen verhornten Schichten ätzendes Materiale in die Epidermis eindringt und hier seine deletäre Wirkung auf die benachbarten Zellen ausübt; diese werden vernichtet und bilden nach der Eintrocknung wohl den in den Grübchen sitzenden Schorf. Durch den dabei ausgeübten heftigen Reiz entsteht eine Reaktion im umliegenden Gewebe, das zur Wucherung angeregt wird, welche zur Bildung der in die Tiefe wuchernden Epidermiszapfen führt.

Wir können eine derartige Wirkung gerade von schwer löslichen Substanzen, wie z. B. Kalk erwarten, wenn feste Partikelchen desselben durch eine kleine Verletzung in das Derma eintreten. Das histologische Bild erklärt uns auch, weshalb diese Herde nach einiger Zeit vollständig glatt abheilen, und keine Spur einer Narbenbildung hinterlassen.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. März 1910.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Pinkus.

---

1. **Tomasczewski** demonstriert ein primäres Syphilom an der Tunica vaginalis testis des Kaninchens.

Mulzer erwähnt, daß derartige derbe Verdickungen und Knoten der Hoden von ihm und Uhlenhuth als eine der drei Formen der primären Impfsyphilis aufgefaßt werden. Die primären von der Tunica ausgehenden Syphilome wurden in letzter Zeit häufiger gefunden als früher. Ob sie immer von der Tunica ausgehen, ist zweifelhaft, weil in der letzten Zeit auch kleinere Tumoren gefunden wurden, die direkt unter der Skrotalhaut liegen; sie enthalten massenhaft Spirochaeten und kann man daher aus dem Punktionssaft allein schon die Diagnose stellen. M. weist auch auf einen neuen, in jüngster Zeit gemachten Fund hin. Am 8. November wurde ein Kaninchen mit einer Spirochaetenemulsion intravenös geimpft und konnten bei diesem Kaninchen, später auch noch bei einem andern, zwei eigenartige halbkugelige Tumoren an der Nase festgestellt werden. Beim Einschneiden der äußeren Haut fanden sich dieselben Tumoren wie bisher am Hoden mit massenhaften Spirochaeten. Mikroskopisch besteht der Tumor aus einem glasigen Gewebe, ähnlich zerfallenem Granulationsgewebe, mit zahlreichen eosinophilen Zellen.

Tomasczewski weist darauf hin, daß für den Verlauf der Syphilisinfektion beim Kaninchen offenbar der Ort der Infektion von Bedeutung ist. Uhlenhuth hat zuerst an Augen geimpft und nach Auftreten der Keratitis parenchymatosa konnnte ohne weiteres das andere Auge noch infiziert werden. Bei den allermeisten Tieren, die durch Impfung eine Keratitis bekommen, sind klinisch erkennbare Allgemeinerscheinungen fast niemals nachzuweisen. Dagegen ist es auffallend, wie häufig derartige Erscheinungen bei Impfung der Haut oder der Hodenhülle oder der Substanz des Hodens selbst auftreten. In neuerer Zeit ist auch eine spezifische Keratitis sekundär syphilitischer Natur beschrieben worden. Die regionären Lymphdrüsen schwellen bei dieser Keratitis gewöhnlich

nicht an ganz im Gegensatz zu den Schwellungen, welche bei Impfung des Hodens oder des Skrotums auftreten. In den geschwollenen Lymphdrüsen sind auch schon Spirochaeten nachgewiesen worden und eine positive Impfung auf andere Kaninchen hiermit ausgeführt worden. Also der Ort der Infektion ist von Bedeutung, ob sich das Virus generalisiert oder nicht.

2. **Pinkus** stellt eine 53jährige Frau vor, die einen so ausgebreiteten und so lokalisierten Ausbruch von Pseudoxanthoma elasticum darbietet, wie er in den Fällen von Darier, Pautrier und Ardin vorhanden war. Befallen sind die Achselhöhlen, die Ellbeugen, die Nabelgegend, die Inguinalfalten und die anschließende Partie von Bauch und Oberschenkeln, in geringem Grade auch die Kniekehlen. Am Halse besteht rund herum eine weiter fortgeschrittene Veränderung, indem halsbandartig, vermutlich als Rest alter immer rezidivierender Follikulitiden, eine narbige Einziehung der Haut entstanden ist, in welcher hervorragend die gelblichen Knötchen des Pseudoxanthoms stehen. Das Gesicht ist frei. Die Falten der Achsel und Leiste hängen herab, die Haut ist lederartig derb, die Kranke, die angeblich sehr abgemagert ist, scheint in einer für sie zu weiten Haut zu stecken. Mikroskopisch enthalten die gelblichen Knötchen des Pseudoxanthoms verbreiterte und schlechter färbbar gewordene elastische Fasern, die so aussehen, als wenn nur eine äußere, auch nicht mehr ganz intakte Hülle übrig geblieben wäre, deren elastischer Inhalt ausgelaugt wäre.

3. **Pinkus** demonstriert am Ende des Rückens des Meerschweinchens ein 6 *mm* großes, durch kürzere und verklebte Behaarung leicht erkennbares Drüsenfeld, das konstant vorkommt. Es liegt dicht vor dem konvergierenden Körperendehaarwirbel, manchmal sogar mitten in ihm. Die Drüsen sind etwas umgebildete Talgdrüsen und treten gegenüber den spärlicher ausgebildeten Haaren in den Vordergrund, so daß das Drüsenfeld ganz scharf von seiner stark behaarten Umgebung absticht. Meistens ist es auch außerdem bei hellen Tieren (nicht bei weißen) dunkler gefärbt.

Sitzung vom 12. Mai 1910.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Pinkus.

1. **Dreuw.** Über eigentümliche Epithelzellformen und den Übergang von Plasmazellen in Mastzellen.

Dreuw projiziert eine Reihe von Zeichnungen und demonstriert die entsprechenden Präparate, die er zusammen mit Rumpel bei der Untersuchung von 60 Zahngranulomen gewonnen hat. An kariösen Zähnen entwickelt sich häufig eine chronische granulomatöse Wurzelhautentzündung als erbsen- bis bohnengroße Neubildung, die wegen ihres Epithelzellen- und Plasmazellenreichtums auch dermatologisches Interesse beansprucht. Die Neubildung besteht aus einem Kern und die denselben umgebende derbfaserige bindegewebige Membran, die sich ihrerseits aus Bindegewebszellen, Bindegewebsfibrillen, Plasmazellen und vereinzelten Leukozyten zusammensetzt. Die Plasmazellen sind vielfach in langen parallel mit den Bindegewebsfasern verlaufenden Reihen angeordnet.

Der Kern des Granuloms besteht aus einem schwammartig verlaufenden Gefüge, das sich aus Epithelzellen zusammensetzt, die im Schnitt



meist kreisförmige Anordnung zeigen. Das Innere der so entstandenen Kreise, also die Maschen des Schwammes sind ausgefüllt von einem feinfaserigen Stroma, das seine feinen Fasern zum Teil den peitschenschnurähnlichen Ausläufern der Epithelzellen entnimmt. Im dem Stroma liegen Plasmazellen in jedem Stadium der Entwicklung und des Zerfalls, ferner Leukozyten und spindelförmige Zellen sowie Mastzellen. In der Mitte des Kreises liegen in der Regel ein oder mehrere Zentralgefäße mit verdickten Endothelien und vergrößerten, teilweise schon in Plasmazellen verwandelten Perithelien. Manchmal umstehen die Plasmazellen rosenkranzartig das Gefäß.

Eigentümlich ist der Umstand, daß sich mit der Pappenheimschen Methode eine Rotfärbung des Kernkörperchens nicht erzielen läßt.

Dreuw berichtet besonders über die namentlich den Dermatologen interessierenden Epithelstudien, die entgegen den bisherigen Theorien (Malassez-Grawitz) immerhin Zweifel an der wirklichen Epithelnatur der als Epithel geltenden Zellen wach werden lassen, wenngleich diese Frage erst gelöst werden könne, wenn weitere namentlich entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen vorlägen. Die Epithelzellen weisen nämlich die verschiedenartigsten z. T. äußerlich an Ganglienzellen erinnernden Formen auf, indem sie dreieckige Protoplasmavorbuchtungen bilden, die in lange, peitschenschnurartige, feinfaserige Ausläufer übergehen. Ferner liegen inmitten des Epithels Plasmazellen, Mastzellen und hie und da Gefäße.

Dreuw demonstriert dann noch den allmählichen Übergang von Plasmazellen in Mastzellen, indem das Granoplasma allmählich in die metachromatisch gefärbte (Polychrommethylenblau) Mastzellkörnelung übergeht.

Diese Übergangsformen finden sich äußerst zahlreich und in einer großen Deutlichkeit. Überhaupt bietet das Zahngranulom, das von den pathologischen Anatomen bisher wenig beachtet wurde, für Zellstudien eine so reiche Ausbeute, wie kaum ein anderes pathologisches Gebilde.

Heller frägt, ob bei den Fortsätzen der Epithelzellen nicht eine hyaline Veränderung derselben zu grunde liegt. H. glaubt sowohl im tierischen wie pflanzlichen Gewebe ähnliches beobachtet zu haben. Die von Dreuw demonstrierten Bilder scheinen den bisher angenommenen Unterschied zwischen Plasmazellen und Mastzellen zu verringern. Vor einigen Jahren hat H. darauf hingewiesen, daß die Mastzellen der Haut aus Zellen entstehen, die hämatogenen Ursprungs sind und eine Art Reifung auf der Gefäßwand durchmachen. Bekanntlich besteht zwischen der Unnaschen und Neisserschen Schule nach dieser Richtung hin insofern eine große Differenz, als die meisten Autoren mit Neisser jetzt annehmen, daß die Plasmazellen hämatogenen Ursprungs sind. Die Untersuchungen von Dreuw würden auch beweisen, daß die Mastzellen ebenfalls denselben Ursprung haben.

Dreuw erwidert, daß die Färbung der Fortsätze niemals irgendwelche hyaline Bildung auffinden ließen; dagegen wurden in der Umgebung große Klumpen kleinkörniger Hyaline gefunden.

2. **Tomaczewski**. Über die Wirkungen des neuen Hatapräparates auf Kaninchen.

Die mit den organischen Arsenpräparaten bisher vorgenommenen neueren Untersuchungen haben ergeben, daß dieselben eine spezifische antisyphilitische Wirkung besitzen. Theoretisch-wissenschaftlich wäre es daher denkbar, daß organische Arsenverbindungen hergestellt werden, die besser als Quecksilber wirken und keine oder geringfügige Neben-



wirkungen besitzen. Allerdings ist man nicht in der Lage, aus dem Verhalten des Tierkörpers auch den Schluß zu ziehen, daß ein organisches Arsenpräparat auch beim Menschen ungiftig wirkt; das Atoxyl liefert hierfür den allerbesten Beweis. Man ist aber in der Lage, die antisyphilitische Wirksamkeit eines Präparates durch Versuche beim Tier experimentell sicherzustellen, indem auf die Injektion eines Präparates die syphilitischen Erscheinungen bei Tieren zurückgehen und die Spirochaeten schwinden. T. hat mit dem von Ehrlich hergestellten Hata-Präparat, eine Arsenobenzol-Verbindung, an syphilitischen Kaninchen Untersuchungen angestellt und hat von 10 Kaninchen mit zahlreichen Spirochaeten bei 6 eine einmalige intravenöse Injektion der Substanz gemacht u. zw. 15 *mg* pro Kilogramm Körpergewicht. Spätestens nach 36 Stunden waren bei allen 6 Tieren die Spirochaeten verschwunden und blieben es bis jetzt, 3 Wochen nach der Injektion. Die klinischen Erscheinungen haben sich auch rasch zurückgebildet, aber nicht entsprechend dem Rückgang der Spirochaeten. Vergleichsweise hat T. bei 4 Kaninchen einmal 2 *mg* Sublimat intravenös injiziert; auf das Körpergewicht des menschlichen Erregers entspräche das einer einmaligen Injektion von 6 *cg*. Auch bei dieser Art der Behandlung verschwanden die Spirochaeten sehr rasch, aber schon nach 4 Tagen konnte man wieder massenhaft Spirochaeten nachweisen. Jedenfalls scheint das Hata-Präparat auf die experimentelle Syphilis einen überraschend schnellen und auch ziemlich nachhaltigen Einfluß auszuüben.

Rosenthal führt aus, daß das Atoxyl und ebenso das Arsazetin aus bekannten Gründen bald verlassen worden sind, auch die Atoxylverbindungen haben bisher nicht das geleistet, was man im Anfang erwarten konnte. Das von Uhlenhuth und Manteuffel eingeführte Atoxylquecksilberpräparat hat in einer Reihe von Fällen gut gewirkt, in anderen im Stich gelassen, in einer dritten Reihe sind die Rezidive sehr schnell — innerhalb 2 Tagen bis 2 Monaten — aufgetreten, kurzum das Präparat leistet nichts Besonderes. Auch andere Atoxylverbindungen, die inzwischen versucht worden sind, haben ähnliche Resultate ergeben wie das Aspirochil, das ebenfalls ein Quecksilberatoxylpräparat ist. Das von Balzer und Muret empfohlene Präparat, das Atoxyl + Benzolsulfat enthält, soll in großen Dosen innerlich verabreicht wirken und keine großen Schädlichkeiten hervorrufen. Nichtsdestoweniger empfehlen die Autoren, es in Verbindung mit Quecksilberoxyzyanat anzuwenden, d. h. auch dieses Arsenpräparat bedarf der Quecksilberunterstützung, um zur vollen Wirksamkeit zu gelangen. Das Arsenophenylglyzin scheint trotz der ersten empfehlenden Arbeit von Alt nicht den gehegten Erwartungen entsprochen zu haben. Man kann eben von der Tiersyphilis keinen bestimmten Rückschluß auf die menschliche Syphilis machen, da man immer wieder sieht, daß alle die Präparate, die als Spirillen- und Tropanosomenzerstörend besonders bekannt sind, wie z. B. das Arsazetin, auf die menschliche Syphilis ganz anders wirken. Durch die vielen mitunter vorzeitigen Arbeiten, deren Resultate leider auch in die Öffentlichkeit frühzeitig gelangen, wird eine große Unruhe unter den betreffenden Patienten und dadurch eine Schädigung derselben hervorgerufen. Das einzige bisher unschädliche Präparat ist die arsenige Säure, die in beschränkter Weise bei ganz bestimmten Indikationen zu verwenden ist, während ein

organisches Arsenpräparat, das die menschliche Syphilis bekämpft, bisher noch nicht gefunden ist. Hoffen wir, daß die fortgesetzten Bemühungen und Arbeiten nach dieser Richtung hin von Erfolg gekrönt werden.

Lesser betont, daß bei den von Tomasczewski vorgetragenen Resultaten nur die in höchstem Grade anzuerkennenden Vorarbeiten für die Behandlung der menschlichen Syphilis gefördert werden sollen, ohne weitere Schlüsse auf die Wirkung bei der menschlichen Syphilis dabei zu ziehen, wenngleich Schreiber und Alt über die Wirksamkeit beim Menschen Resultate bereits veröffentlicht haben.

Neisser benutzt die Gelegenheit, um das zurückzunehmen, was er früher über Arsazetin gesagt hat. Zur Zeit, als er seinen Aufsatz veröffentlichte, stand fest, daß das Präparat weit ungiftiger ist als das ihm nahe stehende Atoxyl. Trotzdem das Präparat in vielen Fällen angewandt worden war, war von keiner Seite eine Optikuserkrankung beobachtet worden; merkwürdig ist es ja, daß Arning ungefähr 110 Fälle, ohne die geringste schlechte Erfahrung gemacht zu haben, mit Arsazetin behandelt hat und daß dann 5 hintereinander schlecht verlaufende Fälle beobachtet wurden. Die von Arning benutzten Präparate wurden eingehend chemisch und an Tieren untersucht; es konnte aber kein merklicher Unterschied zwischen den verschiedenen Präparaten aufgefunden werden, nach deren Anwendung er eine plötzliche Erblindung eintreten sah, und dem Präparat, mit dem er ohne jede Gefährdung gearbeitet hatte. Aber man muß doch annehmen, daß irgendwelche chemische Veränderungen mitgespielt haben. Schon Ehrlich hat darauf aufmerksam gemacht, daß unter Umständen ein einziges Sauerstoffatom dazu führen kann, eine Toxizität herbeizuführen. N. gibt zu, daß wir heute nicht mehr in der Lage sind, das Arsazetin und das Atoxyl anzuwenden, da die Heilerfolge auf der einen Seite nicht besonders hervorragend sind und die Gefährdung auf der anderen Seite eine sehr große ist. Was das Arsenophenylglyzin anbetrifft, so kann man aus der Arbeit von Alt, der das Präparat nur bei Paralyse angewendet hat, insofern keinen Schluß ziehen. als das Quecksilber bei Paralyse auch nicht hilft. Seine Erfahrungen mit diesem Mittel, die schon in Batavia angefangen haben und die sich auf ungefähr 120—150 Fälle beim Menschen beschränken, lassen sich dahin zusammenfassen, daß das Arsenophenylglyzin kein Syphilisheilmittel ist in dem Sinne, daß man mit den Dosen, die man riskieren kann, im stande ist, die Syphilis zu heilen. Ein großer Teil hat Rezidive bekommen, das Mittel ist auch ziemlich unbequem in der Anwendung, da es eine Menge von neuen Erscheinungen hervorruft, die man erst allmählich zu vermeiden gelernt hat. Aber in vielen Fällen von ulzerösen Affektionen am weichen und harten Gaumen, die Monate hindurch in intensiver Weise mit Quecksilber vergeblich behandelt worden sind, ist innerhalb 8—10 Tagen bei Arsenophenylglycin Heilung eingetreten, und ebenso war es auch bei maligner Syphilis. Diese Fälle bilden eine ganze Gruppe für sich. N. möchte bei diesen Fällen auf die Verwendung des Präparats nur ungern verzichten. Nach den von ihm bisher gemachten Erfahrungen



scheint das neue Präparat Nr. 606 dem Arsenophenylglyzerin nicht überlegen zu sein. Bei beiden Mitteln sind die Dosen auch sehr verschieden; während bei dem neuen Mittel Dosen von 0·3 bis höchstens 0·4 verwendet werden, kann beim Arsenophenylglyzin 4—5 *g* gegeben werden; möglicherweise kann man auch bei dem neuen Präparat in größeren Dosen Resultate erzielen, indessen hält er Paralytiker für diese Versuche für geeigneter. Das Mißtrauen, das in den Ausführungen des Herrn Rosenthal liegt, hält er insofern nicht für gerechtfertigt, als wir doch erst im Anfang der Versuche stehen. Allerdings kann er nicht leugnen, daß er sich selber darüber gewundert hat, daß die erste Diskussion über diese Dinge zuerst in der Frankfurter Zeitung stand, aber Schuld daran ist die heutige Publizistik, die ihre Nachteile, aber auch ihre guten Seiten hat. Was das Acidum arsenicosum anbetrifft, so ist es das einzige Mittel, das bei den Tieren bisher versagt hat; allerdings ist es ein vorzügliches Mittel. den Menschen zu kräftigen, aber die Syphilis beeinflußt es nicht in gleicher Weise wie die organischen Präparate des Arseniks. Nach seinen Versuchen an Affen ist er nicht ganz sicher, ob die Dosen, die bei dem neuen Hatapräparat angewendet werden, gegenüber den Dosen von Arsenophenylglyzin ausreichen, um Affen wirklich von Syphilis zu heilen, daher möchte er sich dem neuen Mittel gegenüber noch skeptischer verhalten, als gegenüber dem Arsenophenylglyzin, mit der Einschränkung, daß die Dosen, die von beiden Mitteln angewendet werden, zu verschieden sind, um einen Vergleich zu machen.

Friedländer hatte Gelegenheit, vor einigen Tagen die von Schreiber behandelten Fälle zu sehen. Die Resultate waren sehr überraschend, ein Ulcus durum am Zahnfleisch heilte sehr schnell, ebenso verheilten sehr schnell eine schwere Lues, syphilitische Ulzerationen am Unterschenkel, ein mächtiges Kondylom an der Vulva, also sind die Einwirkungen auf diese Erscheinungen zweifellos. Schreiber behauptet auch, daß nach 4 Wochen fast sämtliche positive Reaktionen in negative umgeschlagen sind; irgendwelche Nebenerscheinungen böser Natur will er bisher nicht gesehen haben, insbesondere keine Erblindung; das einzige unangenehme waren sehr heftige Schmerzen und leichte Fiebererscheinungen, die ein Patient von F. auch jetzt noch hat. Man kann aber vielleicht durch intravenöse Injektionen über die Schmerzen und das Fieber hinwegkommen. Immerhin, wenn eine einzige Injektion im stande ist, schwere Erscheinungen vorläufig zu beseitigen, wozu man früher eine ganze Quecksilberkur gebraucht hat, so ist man verpflichtet, das Mittel weiter zu prüfen, wie man es anwenden kann.

Neisser fügt hinzu, daß die Herstellung der Lösung gewisse Schwierigkeiten macht, die man erst allmählich überwinden lernen muß. Seinen Fällen geht es aber schon besser als den Schreiberschen, die Leute haben nachmittags geringe Schmerzen und eine Temperatursteigerung von 38·5, aber am nächsten Tage sind alle Beschwerden geschwunden. Nach 2—3 Tagen tritt eine fühlbare Infiltration auf, aber keiner der Patienten hat sich in besonderem Maße beklagt, so daß auch



der Anwendung des Mittels in der Privatpraxis keine Schwierigkeiten entgegenstehen würden. Über die intravenöse Anwendung liegen ja auch schon Erfahrungen vor; bei 50 Fällen sollen keinerlei Zwischenfälle eingetreten sein. Wenn das Mittel mit einer Injektion dasselbe leistet als 9 oder 10 Quecksilberinjektionen, so wäre das schon ein kolossaler Fortschritt; aber wir wissen noch nichts darüber, ob die Injektion zu wiederholen ist und ob man das einmal erreichte günstige Resultat durch weitere milde Kuren festhalten kann.

Rosenthal freut sich, daß die Ausführungen Neissers, soweit die anderen Arsenikpräparate als das Hatapräparat in Betracht kommen, mit den seinigen übereinstimmen, über das neuere Präparat fehlt ja noch eine ausgiebige Erfahrung. Wenn N. behauptet, daß die arsenige Säure bei Affensyphilis gar nichts leistet, so würde er sich nur in seiner Ansicht bestärkt sehen, daß die Tiersyphilis etwas anderes ist als die menschliche, denn bei gewissen Formen menschlicher Syphilis wirkt die arsenige Säure über allen Zweifel, wie R. in seiner Arbeit ausgeführt hat, und das sind gerade diejenigen Fälle, bei denen Neisser in seinen Ausführungen die Wirksamkeit des Arsenophenylglyzins hervorgehoben hat, nämlich ulzeröse Munderscheinungen und maligne Syphilis. In einer Reihe von Fällen hat R. überraschend schnell Ulzerationen schwinden sehen.

Mayer, Josef. Zur Theorie der Lues.

Auf Grund seiner Auseinandersetzungen kommt M. zu folgenden Resultaten: 1. Die Syphilis ist die Krankheit von der allmählichen, langsam fortschreitenden Verfettung oder Verseifung der Gewebe und Organe. Diese Verfettung ist dadurch bedingt, daß das Syphilisgift neben seinen entzündungserregenden Erscheinungen zerstörend auf die Lipoidhüllen der roten Blutzellen und anderer Gewebszellen einwirkt, die die lezithinartigen Substanzen aus ihren normalen chemischen und physikalischen Strukturenverhältnissen frei macht, die dann auch ihrerseits eine zerstörende Wirkung ausüben können. Es handelt sich dabei nicht um das gewöhnliche Fett, wie wir es in unseren Fettdepots haben, sondern um die sogenannten myelinen Lipoiden, d. h. fettähnliche Substanzen.

2. Die Wassermannsche Reaktion und der Befund der Spirochaeten bleiben nach wie vor wichtige Hilfsmittel in der Diagnose der Lues, doch ist weder die eine für Lues spezifisch noch ist die andere ein Contagium vivum. Die erstere deutet nur darauf hin, daß lezithinartige Substanzen frei in der Blutflüssigkeit zirkulieren, während wir in der anderen nur eine durch die absprengende Einwirkung des Syphilisvirus auf die Wand der roten Blutzellen entstandenes bakterienähnliches winziges Fettgebilde zu sehen haben, dessen physikalische Struktur freilich für die Lues spezifisch zu sein scheint, was auf der besonderen eigenartigen Einwirkung des Virus auf die Wandung der roten Blutzellen beruht. Die Wassermannsche Reaktion wird erst dann positiv, wenn viel lezithinartige Substanzen frei geworden sind, die Spirochaeta pallida stellt aber die erste Lezithinabsprengung dar.

3. Die Quecksilberwirkung bei der Lues beruht darauf, daß das Quecksilber in kleinen Dosen im stande ist, die roten Blutzellen zu vermehren, das dabei entstehende Hämoglobin entfaltet dabei die Eigenschaft, das freigewordene Lezithin wieder chemisch zu binden. Ein anderer Teil des Lezithin dürfte durch die theoretische Wirkung des Quecksilbers mit dem Urin zur Ausscheidung gelangen.



4. Bei dem Syphilisvirus handelt es sich wohl um ein organisches Gift, das seiner chemischen Struktur nach zu den Saponinsubstanzen gehören dürfte.

Nicht nur für die Lues, sondern auch noch für eine Reihe von anderen Krankheiten beruht die Ansteckungsfähigkeit darin, daß durch das schädliche Agens eine Änderung in der physikalischen, morphologischen und chemischen Struktur der lebenden Zellen herbeigeführt wird.

3. **Levy-Dorn**. Zur Reaktion der Haut gegen Röntgenstrahlen bei Mensch und Tier.

Gegenüber den Mitteilungen von Schultz, daß 17 Erythemdosen nötig wären, um eine Hautreaktion bei der Maus hervorzurufen, möchte L.-D. seine Erfahrungen mitteilen, die mit denen von Sch. nicht übereinstimmen. Er hat Mäuse im Alter bis zu einem Vierteljahr verwendet und gefunden, daß schon 3—4 Erythemdosen genügten, um in drei bis vier Tagen den Tod herbeizuführen. Um eine Hautreaktion zu erzielen, wäre eine Erythemdosis bis $1^1/_2$ und 2 notwendig. Der Haarausfall trat bei 2 Erythemdosen nach 16 Tagen, bei 5 Erythemdosen nach 22 Tagen und bei 10 Dosen nach $1^1/_2$ Monat auf. Eine so lange Latenz ist kaum verständlich. Die Regeneration bei Mäusen tritt ziemlich schnell ein, bei den größeren Dosen war sie noch nicht vollendet, als das Tier starb, was ungefähr nach 5—6 Monaten der Fall war; dagegen war bei kleineren Dosen schon in 6 Wochen das Haar vollständig regeneriert. Ferner teilt L.-D. mit, daß nach seiner Erfahrung die bisherige Dosierung keine exakte ist und nur für eine bestimmte Qualität der Röntgenstrahlen zutreffend ist. Bei den Mäusen hat er gewöhnlich mit 8 Wehnelt bestrahlt, weil nach seiner Erfahrung hierbei das Betriebsoptimum des Rohres liegt. In gewissem Sinne sind die Reaktionen bis zu einem gewissen Grade von der Härte der Strahlen unabhängig; nur durch andere Dosierung kann man bei den verschiedenen Strahlen dieselbe Wirkung erzielen. Bei der bisher geübten Einteilung der Röntgenreaktion in 3 Stufen hält es L.-D. für angebracht, daß eine Erythemstufe vorher festzustellen ist, die bei den verschiedenen Menschen bei ganz geringen Dosen bereits eintreten kann. Gegenüber der Behauptung, daß die Frühreaktion als eine Folge der Überempfindlichkeit des Blutgefäßsystems zu betrachten ist, möchte L.-D. seine Überzeugung dahin aussprechen, daß jede Frühreaktion mit der Pigmentbildung zusammenhängt. Man kann die Empfindlichkeit des Gefäßsystems auf mechanisch-chemischem Wege prüfen und, trotzdem eine abnorme Empfindlichkeit nicht festgestellt wurde, zeigte sich bei der betreffenden Person eine Frühreaktion. So konnte er in einem Falle von Leukämie, die er an den verschiedensten Stellen des Körpers bestrahlte, eine allgemeine Neigung zur Frühreaktion auffinden. Die Anschauung, daß eine sehr starke Bestrahlung die Ursache des Eintretens der Frühreaktion ist, läßt sich auch nicht aufrecht erhalten, da oft schon ganz geringe Bestrahlungen genügten, um nach 1—2 Tagen die erste Frühreaktion hervorzurufen. Auch müßte bei einer Überempfindlichkeit die Verstärkung der Dosis auf das zwei-, drei- und mehrfache ganz außerordentliche Reaktionen hervorrufen und das ist absolut nicht der Fall. Nach den neuesten Untersuchungen von Marewski spielt bei der Bildung des Pigments das Auftreten von Chromatin eine große Rolle, aber auch durch Autolyse kann dieselbe Wirkung erzielt werden, Chromatin sowohl wie Autolyse werden aber durch Röntgenwirkung wesentlich beeinflußt. Das relativ seltene Auftreten erklärt sich dadurch, daß das Pigmentgewebe sich gegen Strahlen verschiedenartig verhält und große Varietäten vorkommen. Was schließlich die Idiosynkrasie anbetrifft, so steht L.-D. auf dem Standpunkt, daß eine wesentliche Idiosynkrasie überhaupt nicht vorkommt. Selbstverständlich wird nicht geleugnet werden können, daß auch nach Applikationen von großen Dosen Reaktionen auftreten, aber Idiosynkrasie in der Weise, daß ein Ulkus



oder sonstige schwerverlaufende Symptome auftreten, die forensisch von Wichtigkeit sind, hat L.-D. niemals gesehen. Diese Anschauung besteht nicht nur bei der gewöhnlichen Art der Bestrahlung, sondern auch für die schnelle Behandlung.

Schmidt bemerkt, daß er noch immer auf seinem früheren Standpunkt steht, daß die Frühreaktion lediglich durch eine besondere Empfindlichkeit des Gefäßsystems hervorgerufen wird. Als Beweis hierfür führt er an, daß Basedow-Kranke, die zweifellos an einer großen Irritabilität des Gefäßsystems leiden, immer eine Frühreaktion bekommen. Er selbst, der ein labiles vasomotorisches System besitzt, hat sowohl bei Radium- als auch bei Röntgenbestrahlung stets ein Früherythem erhalten. Während das Früherythem auf einer besonderen Empfindlichkeit des Gefäßsystems beruht, ist die Spätreaktion als eine sekundäre aufzufassen, die sich infolge der reaktiven Hyperämie, welche durch die sich allmählich entwickelnde Zellveränderung eintritt, bildet. Im übrigen ist die Frühreaktion keinerlei Grund, um nicht später, falls erforderlich, die volle Dosis der Röntgenbestrahlung anzuwenden.

Levy-Dorn erwidert, daß nach seiner Beobachtung keineswegs alle Basedow-Kranke eine Frühreaktion bekommen, im übrigen hat er bei einer Anzahl von Patienten, die kein empfindliches Gefäßsystem hatten, diese Reaktion beobachtet. Er fügt noch hinzu, daß man durch den Verstärkungsschirm oberflächliche Wirkung auf der Haut schneller erzielen kann.

Richter. Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit dem Hauttrepan.

Nach dem Vorbilde von Kromayer hat sich R. Hauttrepane verschieden groß anfertigen lassen, die nicht durch elektrische Kraft, sondern mechanisch durch die Hand des Arztes zur Anwendung gelangen. Die Instrumente sind für Probeinzisionen zu verwenden, ohne jede Narkose für Entfernung von kleinen Tumoren, zur Behandlung von Furunkeln und auch zur Wassermannschen Reaktion, indem es gelang, nachträglich das Blut aus der kleinen Wunde herauszusaugen. Narben entstehen fast niemals, die Wunde kann durch ein Heftpflaster geschlossen werden. Die Sterilisation der Instrumente ist außerordentlich einfach, der Preis ist sehr gering. O. Rosenthal.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Mai 1910.

Nobl demonstriert einen Fall von Lupus erythematosus der Extremitäten, der durch die außerordentliche Ausbreitung und Lokalisation der Herde beachtenswert erscheint. Es handelt sich um ein zwölfjähriges Mädchen, welches dieser Gesellschaft schon vor einem Jahre vorgeführt wurde. Es war das knapp nach der Spitalsaufnahme, zu welcher Zeit die an den Extremitäten lokalisierten Teilerscheinungen den Eindruck eines Skrofuloderma hervorriefen. Nach Ablösung, der die Plaques umrahmenden mächtigen, schmutzig-grünlich verfärbten Auflagerungen zeigte es sich aber, daß denselben an keiner Stelle ulzeröse Veränderungen entsprachen, sondern die leicht eingesunkenen Randpartien eine durchwegs glatte atrophische Oberfläche darboten. Auch während der weiteren Beobachtungszeit haben sich nirgends ulzeröse Störungen etabliert und die exzidierten Gewebssegmente haben keine Anhaltspunkte für Tuberkulose geliefert. In arg vernachlässigtem Zustande ist das Kind nun wieder in die Anstalt eingebracht worden. Das Gesicht, Stirne und Kinn sind dicht besät von unregelmäßig begrenzten, bis kronenstückgroßen, vielfach konfluierenden typischen Lupus erythematosus-Herden, die stellenweise noch festhaftende dunkelbraun verfärbte Schuppenauflagerungen zeigen. Meist ist die oberflächliche Atrophie deutlich ausgeprägt, die mit dem ektatischen Zustand der Gefäße die Agnoszierung leicht ermöglicht. Anders verhält es sich mit den Läsionen der Extremitäten. Das Integument beider Unterschenkel ist von den Knöcheln bis Kniehöhe in eine extrem atrophische, blaurote, von erweiterten Kapillaren durchzogene, straff angespannte Lamelle umgewandelt, die an den fortschreitenden Säumen von fettigen, mißfarbigen, festhaftenden Auflagerungen überwölbt erscheint. An der Beugefläche der Oberschenkel sitzen bis handtellergroße, unter das Hautniveau eingesunkene, gleichbeschaffene Plaques, daneben auch völlig abgeblaßte, an der Oberfläche glatte, bis faustgroße, rarefizierte Herde. An der Beugefläche des rechten Vorderarmes eine apfelgroße Plaque, von welcher die anhaftenden schmierig verfärbten, fettigen Borken noch nicht entfernt wurden. Die Oberfläche bietet hier ein höckeriges, ungleiches Relief. Trotz des vom geläufigen abweichenden Aussehens der Körperherde zeigen dieselben doch eine weitgehende Übereinstimmung mit der Gesichtseruption, so daß es in Zusammenhalt mit dem Ergebnis der Gewebsprüfung wohl berechtigt erscheint, auch diese entzündlichen, zu Atrophie führenden Veränderungen als zum Lupus erythematosus gehörig anzusprechen.

Kren. Die Lokalisation des Lupus erythematodes discoides an der Streckseite der Unterschenkel ist gewiß selten, kommt aber vor. Vor einem Jahre beobachtete Kren einen solchen Fall, der mit dieser Lokali-



sation eingesetzt hatte und erst dann mit voller Sicherheit diagnostiziert werden konnte, als typische Effloreszenzen im Gesichte aufgetreten waren.

Ehrmann. Im Gesicht zeigt die Pat. das Bild des Lupus eryth. disseminatus. Auf den Extremitäten möchte ich aber die Diagnose nicht ohne weiteres stellen. Unter den Auflagerungen finden sich verruköse Bildungen, die ganz gut einen flachen Lupus vulgaris verrucosus darstellen könnten, besonders auf dem linken Unterschenkel sind diese bogenförmig am Rande der braunroten, narbigen starken Plaques angeordnet. Ich möchte deshalb weitere histologische Untersuchung und womöglich Quecksilberinjektion empfehlen, mit Rücksicht auf die Fälle von Spitzer, Reines und Ehrmann und Kyrle, die anscheinend eine Kombination von Lupus erythematodes und Lupus vulgaris darstellen. Über die wirkliche Bedeutung mich zu äußern, würde hier zu weit führen.

Nobl. Daß die ausgebreiteten Flächeninfiltrate der Extremitäten in den Formenkreis der tuberkulösen Hautstörungen einzureihen wären, war, wie ich dies schon erwähnt habe, vor einem Jahre meine erste Annahme, doch haben sich für diese Auffassung aus dem anatomischen Substrat keine Anhaltspunkte gewinnen lassen. Was den als Lupus verrucosus angesprochenen Armherd betrifft, so kann vielleicht die drusige Aufschichtung der festhaftenden Borkenmassen diesen Eindruck hervorrufen. Hebt man jedoch die Auflagerungen mit einer Meißelsonde ab, so tritt auch an dieser Stelle die glatte atrophische, von Knötcheneinstreuungen freie Natur hervor.

Neugebauer demonstriert 1. einen Fall von Acne varioliformis, bei welchem als Nebenbefund ein Naevus flammeus konstatiert wurde. Der Naevus ist am deutlichsten an der rechten Hohlhand und der Beugeseite der Finger, läßt sich an der ulnaren Seite des Vorderarmes, dann weiter an der inneren Seite des Oberarmes verfolgen und ist auch an der Haut der Schulter zu sehen. Links in der Palma ist der Naevus ebenfalls angedeutet.

2. Einen Patienten mit einem makulösen Exanthem am Stamme und hypertrophischen Papeln an der Stirne. Der Patient hat tagsüber fortwährend seinen Hut auf, auch während der Arbeit und so bietet er uns das Symptom von „Syphilis und Reizung" dar, in dem an dieser Stelle hypertrophische Papeln entstanden sind.

Lipschütz demonstriert 1. einen Fall von Morbus Recklinghausen, bei dem außerordentlich zahlreiche. verschieden große, zum Teil breit aufsitzende, zum Teil polypöse oder beutelartig herunterhängende Tumoren zu sehen sind. Sie sind am Stamme ziemlich gleichmäßig angeordnet, in geringer Zahl im Gesichte, auf der behaarten Kopfhaut und auf den Extremitäten zu finden. In der rechten Glutäalgegend ist eine kindskopfgroße, weiche Geschwulst zu tasten. Ferner bestehen zahlreiche erbsenquerschnittgroße Pigmentierungen, die den Stamm fast gleichmäßig bedecken. Bemerkenswert ist der Fall jedoch hauptsächlich durch das Auftreten eines weichen, von blasser Schleimhaut bedeckten Tumors unterhalb der Zunge, der dem Patienten das Sprechen erschwert und offenbar durch mechanischen Druck zum Ausfallen der unteren Zahnreihe geführt hat. Die Intelligenz des Kranken ist eine sehr geringe. Anamnestisch ist hervorzuheben, daß der Vater des Patienten an derselben Krankheit gelitten haben soll.



Sachs. Die Histologie der Neurofibrome hat durch die jüngst erfolgten Untersuchungen Verocays eine dankenswerte Förderung erfahren. Das Gewebe der multiplen Nerventumoren, welches bis vor kurzem allgemein für Bindegewebe gehalten wurde, ist kein Bindegewebe, sondern ein eigenartiges neurogenes Gewebe. Als Bildner der Geschwülste sind die Nervenfaserzellen selbst oder entsprchende embryonale Zellen anzusehen, die möglicherweise nicht zum normalen Aufbau des Nervengewebes verwendet werden. Diese Art von Geschwülsten bezeichnet Verocay mit dem Namen „Neurinome“ und unterscheidet Fibroneurinome oder Neurinofibrome.

2. Parenchymorgane von zwei Meerschweinchen, die am 31. Dezember 1909 mit dem Materiale des in der Sitzung vom 9. November 1909 demonstrierten Falles von benignem Miliarlupoid (Boeck) geimpft wurden. Bei den Versuchstieren konnte bei der nach vier Monaten vorgenommenen Sektion ausgeprägte Tuberkulose der Leber, Milz und Lungen, Schwellung der Mesenterialdrüsen und Vergrößerung und partielle Verkäsung der Inguinaldrüsen nachgewiesen werden. Unser Versuchsergebnis ist an die Resultate Boecks und an die Untersuchungen Kyrles anzureihen.

Kyrle. Der von Lipschütz erwähnte Fall Morawetz ist mit dem von mir eingehend beschriebenen identisch; das Zitat Lipschütz „zehn Tage“ stammt offenbar aus der Arbeit Pöhlmanns, in welcher irrtümlicherweise diese Zeitangabe sich vorfindet. In der Publikation Morawetz ist, so wie in meiner Mitteilung, von zehn Monaten die Rede.

Kyrle stellt vor: 1. Eine 32jährige Frau mit den Erscheinungen einer idiopathischen Hautatrophie; recht intensive Entwicklung des typischen Krankheitsbildes, hauptsächlich an den beiden unteren Extremitäten.

2. Eine 62jährige Frau mit Pagets disease; Lokalisation rechte Mamma, Ausdehnung des ungefähr fünfkronenstückgroßen, exulzerierten, fast kreisrunden, wenig infiltrierten, himbeerfarbigen Krankheitsherdes streng um die Mamilla. In der zugehörigen Axillargrube keine Drüsen tastbar, desgleichen auch in der Mamma selbst nirgends suspekte Verhärtungen nachzuweisen.

3. Eine 24jährige Frau mit ausgedehntem Tubercula cutanea syphilitica des Kopfes, vor allem der Kinngegend und des Nackens; an diesen Stellen tumorartige Bildungen von derber Konsistenz; besonders die in der Nackengegend sitzenden zeigen eine auffallende Derbheit.

Stein demonstriert einen Fall von Lepra anaesthetica mit Pemphigus leprosus (wird ausführlich mitgeteilt).

Müller bemerkt, daß im vorgestellten Falle von Lepra die Wassermannsche Reaktion mit alkoholischem Rinderherzextrakte positiv ausfiel. Immerhin ist in den meisten positiv reagierenden Fällen von Lepra eine Differentialdiagnose gegenüber Lues nach den Untersuchungen von Süß und Müller möglich. Vor einiger Zeit konnten sie feststellen, daß schwach positiv reagierende Tuberkulosefälle von gleich stark reagierenden Luesfällen durch eine gleichzeitig bestehende relativ starke Peptonaffinität zu differenzieren sind. Komplementbindung mit Pepton ist der wirksame Faktor bei der Bindungsreaktion mit Tuberkulin, die bisher fälschlich für eine Antikörperreaktion gehalten wurde. Nun läßt sich auch bei den

positiv reagierenden Leprafällen durch quantitative Auswertung zeigen, daß immer auch Komplementbindung mit Pepton positiv ausfällt u. zw. in einer Stärke, wie man dies bei mit Herzextrakt gleich stark reagierenden Luesfällen nie findet. Die näheren technischen Angaben dieser Untersuchungsart werden demnächst publiziert werden.

Oppenheim. Unter den 370 Leprösen, die ich im Lepraasyl Mattunga in Bombay zu sehen Gelegenheit hatte, zeigten zahlreiche Fälle ähnliche Anästhesien, plötzlich auftretende Fieberanfälle etc. ganz wie im vorgestellten Falle. Was aber besonders an dem Falle auffällt, das sind Hautstellen, z. B. am Ellbogen links, am Fußrücken, wo die Haut verdünnt, gefältet und kleienförmig abschilfernd erscheint; es sind diese Stellen der Dermatitis atrophicans idiopathica ähnlich und sie erinnern an das von mir bei Lepra beschriebene Krankheitsbild der Dermatitis atrophicans leprosa universalis, das ich bei 20 von den Insassen des Asyls konstatieren konnte. Dabei zeigte es sich, daß diese sonst als idiopathische Hautatrophien imponierenden Fälle histologisch Zellinfiltrate sind, welche auch spärliche Leprabazillen zeigten, so daß sie zu den sekundären oder deuteropathischen Hautatrophien gezählt werden müssen. Nur Hallopeau hat noch miliare Atrophien im Anschlusse an Lepraexantheme beschrieben. Es wäre interessant, auch im demonstrierten Falle diese atrophischen Stellen histologisch zu untersuchen.

Reitmann stellt einen Patienten mit multiplen Epitheliomen auf Basis von Verrucae seniles vor. Zwei halbhandtellergroße und ein kleines finden sich am Rücken, eine größere Zahl beiderseits im Gesicht. Das Auftreten der Karzinome auf senil veränderter Haut, hier auf den Verrucae seniles, spricht gegen die parasitäre Natur des Karzinoms.

Nobl bemerkt zu dem interessanten Falle, daß die Wechselbeziehung der senilen seborrhoischen Warzen zur multiplen Epitheliomwirkung in sehr anschaulicher Weise bei einem Kranken seiner Abteilung zum Ausdruck kam, den Fasal vor einigen Monaten in der Gesellschaft demonstrierte. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, an dessen Nasenrücken ein in tiefreichendem Zerfall begriffenes Epitheliom saß. Außerdem zeigten an der Stirne, Schläfen und Wangen zahlreiche flach aufsitzende, kaum aus dem Niveau hervortretende Warzen, unter der abgebröckelten Auflagerung die Umwandlung in oberflächlich sitzende, von harten Leisten umgrenzte Epitheliome. In einem weiteren Falle bildeten zahlreiche Warzen des Rückens den Anstoß zur atypischen Epithelwucherung, wobei die geröteten, nicht exulzerierten Neoplasmen erst bei der histologischen Untersuchung den Charakter der Neubildung festzustellen gestattete.

Grünfeld bemerkt, daß die auf Basis von Warzen, Fibromen etc. entstehenden Epitheliome in der chirurgischen Literatur neben denen auf ulzerösen Substanzverlusten und den auf normaler Haut entwickelten registriert werden. Diese Form der Hautkarzinome, deren Häufigkeit im Gesichte und am Stamme gegen die Seltenheit der Lokalisation an den Extremitäten kontrastiert, zeichnet sich durch relative Malignität aus.

Weidenfeld berichtet über einen Fall von multiplen Karzinomen an der Haut in der Anzahl von fast 200. Es handelt sich bei diesem Falle um eine Dame, die an der Fußsohle und am Kopfe große pilzförmige Epitheliome zeigte und an der Planta pedis und manus Schwielen. In diesen Schwielen befinden sich warzenförmige kleine Exkreszenzen in ungeheurer Anzahl, so daß die darüberstreichende Hand das Gefühl von Rauhigkeiten empfindet. Außer diesen Wucherungen finden sich auch papillomatöse Wucherungen, die aus einer roten Basis aufsteigen, während die umgebende Epidermis kragenartig dieselbe umgibt. Es finden sich auch flache rote Stellen, die leicht desquamieren und zwar sowohl am Rumpfe als auch an den Extremitäten und am Halse. Die größten (bis eigroßen) Tumoren finden sich an der Fußsohle und an der Kopfhaut; sie erweisen sich als grob granulierend und sehr schmerzhaft. Der histologische Befund zeigte an allen Präparaten den typischen epitheliomatösen Bau. Was die Prognose betrifft, die Herr Kollege Reitmann gestreift hat, so möchte ich mir doch aus meiner Erfahrung, die ich an der Klinik Kaposi und Riehl gesammelt habe, die Bemerkung erlauben, daß ich die Epitheliome auf lupöser Basis fast immer letal endigen sah, während alle anderen Epitheliome, und das sind Fälle bis zu 20 und 30 Jahren, ganz gutartig verliefen, auch wenn sie auf die Schleimhaut übergriffen, was ich einige Male zu beobachten Gelegenheit hatte.

Reitmann stellt ferner einen ausgedehnten Lichen ruber planus vor mit Effloreszenzen im Gesicht und an der Wangenschleimhaut.

Kren demonstriert: 1. Eine Patientin mit scharfrandigen krustösen ekzemähnlichen Plaques, die differentialdiagnostisches Interesse bieten. Die zuerst naheliegende Diagnose auf ein skrofulöses Ekzem muß wegen des Alters der ansonsten ganz gesunden Patientin abgelehnt werden. Die größere Wahrscheinlichkeit besteht für die Diagnose eines prämykotischen Exanthems.

2. Einen typischen Fall von Pityriasis lichenoides chronica bei einem 19jährigen jungen Manne. Die Erkrankung besteht ohne sonderliches Jucken seit fünf Jahren und zeigt neben zahlreichen Papeln und wenigen Flecken besonders an den Extremitäten disseminierte Effloreszenzen an den Hohlhänden, was selten beobachtet worden ist. Die sichtbaren Schleimhäute sind frei von Erscheinungen.

Scherber erwähnt zu dem Falle von Kren, daß er vor mehreren Jahren einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica auf der Klinik Finger sah, der ebenfalls typische papulöse und auch flache Effloreszenzen auf dem Palmae zeigte.

Schramek demonstriert zwei Fälle von Trichophytie der Kopfhaut und Nägel. (Erscheint ausführlich.)

Kremer stellt einen Fall von Lichen scrophulosorum vor. Derselbe ist interessant durch seine diffuse Ausbreitung über den ganzen Körper, wobei sich stellenweise die Knötchen zu Plaques verdichten, ferner durch sein akutes Auftreten, das Kind hat die Affektion erst seit zehn Tagen. An den unteren Extremitäten weisen die Effloreszenzen den Charakter von Tuberkuliden auf.

Nobl fügt ergänzend zu den Ausführungen Kremer hinzu, daß dieser Fall, abgesehen von der akuten, mit Reizphänomenen einhergehenden Eruption des schon in den Elementareffloreszenzen eine stärkere



Exsudation darbietenden Lichen scrophulosorum papulo-pustulosus, besonders dadurch lehrreich erscheint, daß man an der Haut des Kindes alle Übergangsformen von der Acne scrophulosorum bis zum papulonekrotischen Tuberkulid verfolgen kann. Die Komponenten des letzteren sind in besonders deutlicher Entwicklung an den Armen, Handrücken und Beinen zu verfolgen.

Müller, R. demonstriert einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica. Entstehung ziemlich akut innerhalb zwei bis drei Wochen. Subjektive Erscheinungen fehlen. Der Fall ist interessant, weil die Differentialdiagnose gegen luetisches Exanthem stellenweise wohl gar nicht möglich ist. Dagegen zeigen andere Effloreszenzen deutlich das typische Bild: Gelbrote bis rotbraune kleine Knötchen, die der Fläche nach wachsen, während die Infiltration völlig zurückgeht. Diese so entstandenen Makulae sind von einem zarten gefälteten Schüppchen bedeckt. Die Schuppe haftet ziemlich fest. Manchmal wird sie erst nach Kratzen mit dem Fingernagel deutlich sichtbar. Die älteren Effloreszenzen sind dunkelbraun pigmentiert und etwas unter dem Hautniveau. Stellenweise ist auch die Unterscheidung gegen Pityriasis rosea recht schwierig. Doch fehlt die Collerette. Auch ist der Farbenton nicht völlig charakteristisch. Schälkuren erfolglos. Tuberkulinprobe und Wassermann negativ.

Nobl bemerkt, daß die in diesem Falle besonders reichliche Einstreuung der matten, gleich großen, makulösen Erscheinungen, gleichwie der dürftige Schuppenbesatz der wenig vortretenden papulösen Effloreszenzen leicht zu diagnostischen Irrtümern führen könnte. Namentlich läge die Versuchung nahe, solche Manifestationen als Lues anzusprechen, wie dies ja auch in früherer Zeit tatsächlich wiederholt der Fall war. Weiters kommt noch hinzu, daß den Ausbrüchen dieser Varietät der Parapsoriasis das Jucken nicht immer zukommt. An Nobls Station sind wiederholt Fälle beobachtet worden, die in subjektiver Hinsicht völlig reaktionslos verliefen.

Königstein demonstriert: 1. Keratoma palmare et plantare; 2. Pemphigus vegetans; 3. Lupus erythematodes; 4. Tuberculosis linguae.



Verhandlungen der Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. April 1910.

Jourdanet beobachtete an sich selbst einen kleinen Alopezieherd auf der linken Seite des Nackens zu einer Zeit, wo eine Läsion des linken unteren Weisheitszahnes bestand. Verf. führt nach Jacquet die Entwicklung der Alopecia areata auf die Zahnaffektion zurück.

Balzer und **Milian** demonstrieren einen 9jährigen Knaben mit Pusteln, Ulzerationen und Narben an den Extremitäten, am Gesäß und in der Lumbalgegend. Die Pusteln und Ulzerationen erwiesen sich beim Tierversuch und bei der histologischen Untersuchung als tuberkulöser Natur.

Milian beobachtete einen Fall von syphilitischer Reinfektion 18 Monate nach Beginn des ersten Schankers, zu einer Zeit, wo der Patient noch unter der Hg-Behandlung stand. Der zweite Schanker hatte nicht den gleichen Sitz wie der erste, trat ungefähr 4 Wochen nach der Infektionsmöglichkeit auf, war gefolgt von einem dorsalen Lymphstrang und von Drüsenschwellungen in der Leiste. Spirochaeten konnten nicht nachgewiesen werden; die Wassermannsche Reaktion war positiv.

Gaucher und **Druelle** haben einen 45jährigen Mann beobachtet mit Ulcera mollia am Penis und einem Ulcus molle an der Zungenspitze. An beiden Lokalisationsstellen waren Ducreysche Bazillen nachweisbar.

Balzer und **Marie**. 38jähriger Mann leidet an Ulzerationen und Gumma am linken Handrücken, die zuerst für Lues und später für Tuberkulose gehalten wurden. Verf. dachten sofort an die Sporotrichose und es gelang ihnen, das Sporotrichon Beurmanni aus den Läsionen zu züchten. Auf Kal. jod. rasche Besserung.

Gaucher, **Druelle** und **Brin** demonstrieren einen 22jährigen Mann, der an einem ulzerierten Gumma der Stirn und einer Perforation des weichen Gaumens leidet infolge hereditärer Lues. Wassermannsche Reaktion positiv.

Hallopeau und **François-Dainville** demonstrieren einen Fall von Lichen obtusus, der sich in der Inguinalgegend nach einer Hernienoperation unter dem 7tägigen Verbande entwickelt hatte.

Veyrières empfiehlt ein neues Jodpräparat „Jod-Vaselin", welches dadurch gewonnen wird, daß Vaselin oder Vaselinöl im Wasserbad 4 bis 5 Stunden auf einer Temperatur von 50 bis 60° erhalten wird und dem man 4% metallisches Jod beimengt. Das Präparat kann aufgestrichen oder injiziert werden, ohne daß es zu stärkeren Reizerscheinungen kommt. Verf. hat das Präparat mit z. T. gutem Erfolg bei vereiterten Bubonen injiziert.

Gaucher, Claude und **Tanon** stellen einen 29jährigen Soldaten vor mit einem Ulkus im Bereich des linken Malleolus externus, das vier Jahre dauerte und trotz energischer Behandlung nicht heilen wollte. Erst auf Ruhe und feuchte Verbände mit gekochtem Wasser trat Besserung ein. Verf. stellen die Diagnose auf „Ulkus der Tropen".

Gaucher, Druelle und **Cesbron.** Demonstration eines Patienten mit Epitheliom am linken Unterschenkel, das sich auf einem seit 30 Jahren bestehenden Lichen chronicus Vidal entwickelt hatte. Seit einem Monat besteht ein Zoster lumbo-abdominalis, der von intensiven neuralgischen Schmerzen begleitet ist.

Balzer und **Dive** haben 3 Fälle von Iritis syphilitica II mit Hektininjektionen und einen Fall mit Hektargyruminjektionen behandelt. Alle 4 Fälle gingen rasch in Heilung über, ohne daß sich irgendwelche Nebenerscheinungen geltend machten. Das Hektin, ein Arsenpräparat, schien ebenso prompt zu wirken wie das Hektargyrum (Hectin plus Hg. oxycyanatum). Im ganzen werden pro Kur 2 *g* Hektin injiziert u. zw. in Dosen von 2 *dcg* jeden zweiten Tag.

Fouquet hat beobachtet, daß die Spirochaeten in seröser Flüssigkeit nach 10 Minuten bewegungslos wurden, wenn 1 Tropfen einer 10% Hektinlösung zugesetzt wurde und schließt daraus auf die bakterizide Wirkung des Hektins.

Fouquet berichtet über einen Fall von syphilitischem Primäraffekt am Zahnfleisch. Die Übertragung fand durch Kuß mittels der Zunge statt.

Spillmann, Gibault und **Benech** beobachteten einen Fall von tertiärsyphilitischem Erythem 4 Jahre nach Auftreten des Primäraffektes. Das Erythem trat in Form von symmetrischen Herden auf. Die Herde bestanden aus erythematösen Ringen von im Maximum 2 *cm* Durchmesser. Auf Injektionen von grauem Öl verschwand das Erythem.

Sitzung vom 12. Mai 1910.

Lafay macht darauf aufmerksam, daß das von Veyrières in der letzten Sitzung besprochene neue Jodpräparat „Jodvaselin" schon seit 20 Jahren im Spital Saint-Louis im Gebrauch sei.

Hallopeau weist auf die Unschädlichkeit der Hektin-Injektionen hin und berichtet über zwei weitere mit Hektin behandelte Fälle, die er gewissermaßen als abortiv behandelte Fälle ansieht.

Hallopeau demonstriert einen Patienten mit einem stark juckenden seborrhoischen Ekzem, das seit 10 Jahren besteht und bei dem sich am behaarten Kopf neben einer seborrhoischen Alopezie Herde von Alopecia areata zeigten.

Hudelo, du Castel und **Lévy-Bruhl** beobachteten bei einem sekundärluetischen Mädchen von 18 Jahren eine doppelseitige Kontraktur des Biceps. In Chloroformnarkose wurden die Bewegungen vollständig frei, so daß die Autoren die Läsion hauptsächlich auf Hysterie zurückführen.

Gaucher, Legry und **Lagane** demonstrieren einen 17jährigen Patienten mit der bullösen Form der Lepra ohne Sensibilitätsstörungen. Die Fixations-Reaktion von Gaucher und Abrami war positiv, ebenso die Wassermannsche Reaktion.

Gaucher, Joltrain und **Flurin.** Demonstration eines Falles von Mycosis fungoides mit positiver Serodiagnostik nach der Methode von Gaucher, Brin und Joltrain.



Gaucher, **Flurin** und **Coulnaud** demonstrieren eine 74jährige Patientin mit Raynaudscher Krankheit.

Wickham und **Degrais** berichten über einen mittels Radium geheilten Fall von sehr hochgradigem chronischem Ekzem und äußern sich über die Radiumtherapie der Ekzeme im allgemeinen.

Gaucher und **Jacob** demonstrieren einen Fall von Epitheliom der Unterlippe, das nach der Radiumbehandlung rezidiviert hatte. Sie vergleichen die Wirkung des Radiums bei Karzinom mit derjenigen des Thermokauters und halten sie für eine destruktive.

Verchère. Eiu 18jähriges syphilitisches Mädchen bekam Injektionen von Oleum cinereum. 24 Stunden nach der 5. Injektion verspürte Pat. Schmerzen auf der linken Seite der Lungen an der Basis und fühlte ein Unwohlsein, das zum Erbrechen führte. Leichte Temperatursteigerungen. Allmählich, d. h. drei Tage später, wurde der Puls beschleunigt, unregelmäßig, fadenförmig und Patientin starb beim Versuche, mittels Einführen der Finger in den Mund Erbrechen herbeizuführen. Verf. zieht die Möglichkeit einer Lungenembolie in Betracht, ohne Beweise erbringen zu können, da eine Autopsie nicht gestattet wurde.

Verchère hält die Injektionen von grauem Öl für gefährlich und möchte diese Behandlung nur für Ausnahmefälle empfehlen.

Balzer und **Mme. Vaudet-Neveux** demonstrieren 1. ein 22jähr. luetisches Mädchen mit frischem Sekundärexanthem. Patientin zeigt zudem an den Armvenen (V. Basilica u. Cephalica) diffuse Phebitiden und an den tieferen subkutanen Venen rundliche und spindelförmige Periphebitiden, die auf die spezifische Behandlung rasch zurückgehen.

2. Einen 60jährigen Mann mit multiplen symmetrisch angeordneten Keloiden, die peripher fortschreiten und halbkreisförmig angeordnet sind. Die Keloide entstehen auf ganz unbedeutende Traumen hin. Verf. glauben, daß gewisse Momente in diesem Falle auf eine bakterielle Ätiologie hindeuten.

Balzer und **Rafinesque.** 59jährige Frau mit chronischem Lupus erythematodes des Gesichtes, behaarten Kopfes und der Hände, zeigt Zeichen von Spitzentuberkulose und bekommt Kontrakturen der Finger, der Hand und des Ellbogens auf der rechten Seite. Links sind dieselben Veränderungen nur an den Fingern konstatierbar. Die Veränderungen beruhen nach Ansicht der Verf. auf einem deformierenden Rheumatismus tuberkulöser Natur, der zur Retraktion des fibrösen Gewebes der Sehnen und der Gelenke führt. Exitus durch Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses. Bei der Autopsie fanden sich tuberkulöse Veränderungen an der Lunge, der Milz und den Mesenterialdrüsen.

Milian demonstriert einen Fall von Arthritis deformans chronica, bei dem sich in der Haut, im Unterhautzellgewebe und über den Gelenken Knoten entwickelten. Die Gelenkknoten wurden vom Verf. histologisch untersucht, sie waren beweglich, aber mit einem Stil mit dem Gelenk verbunden, von Erbsengröße und mit der rötlich verfärbten und fast fluktuierenden Haut verwachsen. Sie bestanden aus fibrösem Bindegewebe mit hyaliner Degeneration und enthielten in der Mitte typische Tuberkel. Milian hält sowohl die Arthritis sowie die Knoten für tuberkulöser Natur.



Sitzung vom 2. Juni 1910.

Veyrières. Erwiderung auf die Kritik von Lafay.

Hudelo, Thibaut und **Paraf** demonstrieren einen 11jährigen Knaben mit Favus. Die Krankheit zeigt sich in Form von unregelmäßigen erythematösen schuppenden Herden mit etwas eingesunkenem Zentrum und peripherem mit Schuppen bedeckten Knötchensaum. Von Skutala war nichts nachzuweisen. Die Autoren bezeichnen den Fall als Favus herpeticus. Pilze positiv. Infektionsquelle durch Konfrontation nachweisbar.

Lévy-Franckel und **Castel** beobachteten eine Patientin mit trophischen Störungen und Asphyxie der Finger, in deren Gefolge sich eine Retraktion der Palmaraponeurose zeigte. Die Affektion führte allmählich zur Klauenhandstellung. Patientin bot zur gleichen Zeit Zeichen von Tuberkulose dar und Verf. sind geneigt, die Retraktion der Sehnenscheide mit der tuberkulösen Erkrankung in Beziehung zu bringen.

Thibierge und **Weissenbach** demonstrieren eine 26jährige Erzieherin, die sich wegen einer unbedeutenden Deformation der Nase von einem Schönheitskünstler Paraffininjektionen machen ließ. Es wurden dann sukzessive auch zur Verschönerung der übrigen Gesichtspartien 80 Injektionen gemacht. Nach ungefähr einem Jahre zeigten sich im Bereiche der injizierten Partien Schwellungen. Die Haut wurde glatt, glänzend und mit unregelmäßig begrenzten Flecken übersät. Die injizierten Partien waren mit der Unterlage verwachsen. Sie fühlten sich knotenförmig an und waren steinhart. Das Gesicht hatte die Form einer Facies leontina. Dazu kam eine Schwellung der präaurikularen Drüsen. Verf. warnen vor Paraffininjektionen im Gesicht.

Referiert nach dem Bulletin de la Société française de Dermatolog. et de Syphiligraphie 1910. Nr. 4—6. Max Winkler (Luzern).

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatologische Abteilung.

Sitzung vom 17. März 1910.

Adamson, H. G. 1. 2 Fälle von chronischer oberflächlicher Dermatitis in Flecken mit symmetrischer Verteilung, Beispiele für die von dem Vortragenden zuerst (B. J. of D. Apr. 1908) beschriebene Krankheit, die nur bei Kindern vorkommt, klinisch an Lichen scrophulosorum erinnert, aber in Wirklichkeit durch gruppierte oberflächliche aus Bläschen entstehende Krusten gekennzeichnet ist und für die namentlich auch die Unwirksamkeit jeglicher Behandlung charakteristisch ist. Das Leiden ist vielleicht identisch mit Boecks Eczema scrophulosorum, doch niemals finden sich Zeichen von Tbk. Die gegenwärtig vorgestellten Kranken sind 4 und 12 Jahre alt; Gesicht, Stamm und Gliedmaßen sind befallen.

2. Fall von Lichen planus annularis, gegen Behandlung höchst refraktär.

Diskussion. Mac Leod. Ganz ähnlicher Fall. Whitfield. Wird — außer am Penis — ein Herd annulär, so folgen die übrigen nach. Pringle. Die beste Behandlung besteht in intramuskulären Injektionen von löslichen Arsenpräparaten; Arsen ist überhaupt das einzige wirksame Mittel.

Davis, H. Linearer Naevus von ungewöhnlicher Art (Naevus acneiformis). 4jähr. Mädchen; links am Halse in Fragezeichenform eine Doppelreihe von gleich weit von einander abstehenden Komedonen von ungewöhnlicher Größe und besonderer Festigkeit, einer von ihnen mit einer akneartigen Effloreszenz vergesellschaftet. Die Affektion besteht seit dem ersten Lebensmonat und breitet sich noch aus.

Little, A. 1. mit **Sequeira,** H. Fall von Pseudoxanthoma elasticum bei 19jähr. Mädchen. Vor etwa 7 Jahren in derselben Gesellschaft bereits vorgestellt (und der histologische Befund besprochen); seitdem keine erheblichen Veränderungen.

Diskussion. Fox, C. erinnert sich eines ganz gleichartigen Krankheitsbildes bei einem Schwesternpaar.

2. Fall zur Diagnose. 22jähriger Mann mit shillinggroßen schmerzhaften, tief sitzenden Schwellungen an Rücken und Gesäß; die Herde mehr tastbar als sichtbar.

Diskussion. Whitfield. Dem Gefühle nach multiple schmerzhafte Lipome.

3. Fall zur Diagnose. Bei einem 48jähr. Manne, der vor 3 J. an einer Neuritis der Beine behandelt worden ist, bestehen seit zwei Jahren fast gleichbleibende Hautveränderungen. Gegenwärtiger Befund: In der Mitte der medialen Oberfläche jedes Unterschenkels ein bald



heller, bald dunkler blauroter erhabener Fleck von landkartenartiger Begrenzung, 7—8 *cm* im Durchmesser, an seinen Rändern zahlreiche kleine Teleangiektasien, die sich gleich dem Hauptherde unter Druck nicht verändern. Ähnliche kleinere Flecke am inneren und äußeren Knöchel beider Beine. Keinerlei Beschwerden. Venenvarizen sind vorhanden. Diagnose: Lichen planus hypertrophicus? Der Fall erinnert auch an das zuerst von Schamberg beschriebene Leiden (Brit. J. Derm. 1901. p. 1. 1902. p. 266) mit wahrscheinlich hämorrhagischen Pigmentationen und Randteleangiektasien.

Diskussion. Adamson. Es liegt Lichen planus hypertrophicus vor. Für Pringle handelt es sich um eine ihm wohlbekannte Dermatitis haemostatica im Zusammenhange mit Varizen und abhängiger Lage des Körperteiles. Die einfachsten Effloreszenzen sind die zahllosen Teleangiektasien; bei ihrem Zusammenflusse entsteht Verdickung und Keratose. Verwandtschaft mit Angiokeratom, keine Spur von Lichen. Whitfield. Ein besonders hochgradiger Fall von den gewöhnlichen hämorrhagischen Veränderungen variköser Unterschenkel.

Mc Donagh, J. E. R. 1. 38jähr. Frau mit Phlebitis nodularis syphilitica. 4. Sept. Sekundäres Syphilid; Behandlung, Heilung. 1. Dez. Nur fühlbare spindelförmige Schwellung an der Oberschenkelsaphena, später Ulzeration, oberhalb und unterhalb dieser dann Papeln im Verlaufe der Vene. Auch an beiden Unterschenkeln aufbrechende phlebitische Knoten. Varizen waren vorhanden. Mit Erythema nodosum syphiliticum ist das Krankheitsbild nicht ganz identisch.

2. Tuschpräparat von Spirochaete pallida und Vorführung der Methode.

Meachen, N. G. 29jähr. Frau mit Epidermolysis bullosa. Familienanamnese negativ. Im Blute außerordentlich viele Hämoblasten.

Diskussion. Fox, C. erinnert an Fälle, die anfangs den Eindruck gewöhnlichen Pemphigus machten, dann den Charakter der Epidermolysis annahmen.

Weber, F. P. und **Norman,** R. H. Fall von Argyrie, sehr erinnernd an Hämochromatosis. Die Haut der 46jähr. unverheirateten Patientin hat einen bläulich-aschfarbenen Ton, deutlich besonders an der Stirne und den Seiten der Nase, um den Mund und am Stamme, aber kaum wahrnehmbar an den Gliedmaßen. Mundschleimhaut leicht schiefergrau. Wo die Blutfarbe stark hervortritt (Lippen, Nasenspitze usw.), wird die Verfärbung erst bei Glasdruck wahrgenommen. Untersuchung der inneren Organe und des Blutes ergibt nichts besonderes. Die Anfänge der Hautveränderung reichen wahrscheinlich bis in das Jahr 1901 zurück. Von Dezember 1889 an bis in das Jahr 1892 hinein hat die P. wegen eines Magenleidens täglich 0·05 Ag. nitricum eingenommen und diese Behandlung auch noch im nächsten Jahre gelegentlich fortgesetzt.

Whitfield. Besondere Form von Pigmentation der hinteren Wangenteile und der Seiten des Halses bei einer 40jähr. Frau mit Schilddrüsenvergrößerung und leichtem Zittern der Hände. Die Pigmentierung bildet sich seit mindestens 18 Monaten immer weiter aus. Im Gesichte ist sie durchsetzt von kleinen weißen Flecken, am Halse bildet sie eine unregelmäßige Zeichnung. In seitlicher Beleuchtung glänzen die pigmentierten Flächen wie poliert. Arsenik scheint nicht eingenommen worden zu sein. Der Vortragende hält den Fall für einen solchen von M. Basedowii ohne Augensymptome.

Sequeira, J. H. Keratodermia blennorrhagica, der erste in England beobachtete Fall. 31jähr. Mann; vor 16 Jahren Akroasphyxie

und Zeichen von Raynaudscher Krankheit, vor 6 Jahren erste Gonorrhoe. Dezember 1909 zweite gonorrhoische Infektion, gleichzeitig ein kleines Geschwür am Gliede. Santal, Verschwinden des Ausflußes nach 2 Wochen, aber nun auch schon Schwellung und Schmerzhaftigkeit des r. Knies. Wassermannsche Reaktion negativ. In der ersten Februarwoche „Blätterchen" an beiden Fußsohlen, multiple Gelenkschwellungen. Mehrere Wochen später Aufnahme ins Spital. Temperaturen dauernd zwischen 37·2 und 38·1. Kachexie. Längs des Innenrandes jeder Fußsohle eine unregelmäßige dunkelbraune bis rotbraune Hornmasse, geformt wie ein Gebirgsrelief, eine kleinere längs des Außenrandes, zwischen beiden braungelbe pergamentartig dicke Haut. Auch gegen den Fußrücken zu erstrecken sich Auswüchse. Um die Herde eine hyperämische Zone. Gonokokkenvakzine besserte die Gelenkerscheinungen, die Hornmassen aber nahmen eher noch zu. Histologie eines jungen Knotens: Dicke Hornkappe, reich an flachen Kernen. Stratum granulosum nur stellenweise zu erkennen. Durch Degeneration gebildete Lücken in der Epidermis von neutrophilen polynukleären Zellen ausgefüllt. Epidermiszapfen verlängert, Papillen stark ödematös und infiltriert. Im Derma schwache Infiltration, bestehend aus Lymphozyten und ganz besonders Plasmazellen. — Zusammenfassung der bisherigen Kenntnisse über die Affektion.

Diskussion. Whitfield empfiehlt X-Strahlenbehandlung. Sequeira stimmt ihm bei.

Sitzung vom 21. April 1910.

Adamson. 1. Elephantiasis bei tertiärer Syphilis. 36jähr. Weib; Schwangerschaft vor 18 Jahren endete mit Totgeburt; vor etwa 13 Jahren begann die Anschwellung an beiden Unterschenkeln, die jetzt ungeheuer verdickt, mit flachpapulösen und geschwürigen, zirzinär angeordneten Herden bedeckt sind. Wassermannsche Reaktion positiv. Frage: Beruhen auch die hier vorhandenen Hautveränderungen auf syphilitischer Lymphangioitis oder handelt es sich um die alltägliche Streptokokkeninfektion? Die Entscheidung ist therapeutisch von Wichtigkeit. Der histologische Befund (Mc Donagh), dichtes Bindegewebsnetzwerk mit zahlreichen Bindegewebszellen und Plasmazellen, beweist nichts.

Diskussion. Mac Leod. Die Elephantiasis entsteht wohl durch Streptokokkeneinwanderung in das durch die Syphilis geschädigte Gewebe. Pringle behandelt gegenwärtig einen verwandten Fall, bei dem aber nur ein Arm betroffen ist. Streptokokkeninfektion reicht ihm zur Erklärung nicht aus.

2. Keratosis palmaris und plantaris mit allgemeiner Ichthyosis, bei 13jähr. Mädchen seit Geburt bestehend. Hornige Verdickung an den Hohlhänden mit Ausschluß von zwei großen erythematös geränderten Flecken; ähnliche Verdickung der Fußsohlen nur an deren Druckstellen. Hyperkeratose der Nagelbetten. An Stamm und Gliedmaßen die Haut deutlich gerötet und verdickt, ohne Schuppung, aber mit stärkerer Ausprägung der normalen Zeichnung; Beugen betroffen, zum Teil sogar bevorzugt. Ein Bruder der P. hat an den beiden Hohlhänden je einen strichförmigen hornigen Naevus. Der vorgestellte Fall gehört zur Gruppe der Brocqschen „Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie".



Dawson, G. W. 41jähr. Frau mit Myxödem und ausgebreiteten Ekzemen. Die Unsicherheit des Ganges und die Langsamkeit der Sprache verschwanden im Laufe von vier Tagen auf Gebrauch von täglich 0·1 Thyreoideaextrakt.

Dore. 1. Monilithrix bei einem jetzt etwa 4jähr. frühgeborenen Knaben. Die bei der Geburt vorhandenen Härchen auf dem Kopfe gingen wieder verloren. Mit 9 Monaten juckender Ausschlag der Kopfhaut. Mit 2 Jahren wieder Haarwachstum. Gegenwärtig an Schläfen, unterer Scheitelgegend, Hinterhaupt spärliche kurze Haare; die Follikel, rot und vorspringend, geben Reibeisengefühl. Die Haare teils einfach atrophisch, teils — besonders mikroskopisch — von Monilithrixform. Die Keratose der Follikel hat vielleicht die Huxleysche Schichte der inneren Wurzelscheide beeinflußt.

2. Linearer Naevus an der Oberschenkelinnenseite eines 18jähr. Burschen. Bestünde die Hautveränderung nicht seit dem 9. Lebensmonat, ohne sich in den letzten Jahren verändert zu haben, so müßten die violetten, rundlichen oder abgeflachten, in Streifen angeordneten glänzenden Knötchen und die ähnlich aneinander gereihten atrophischen Flecke die Diagnose Lichen ruber (moniliformis) aufdrängen.

Little, G. 1. Fall zur Diagnose. 51jähr. Geistlicher; im äußeren Drittel der r. Stirnhälfte ein zweishillinggroßer, tief bläulichroter Fleck mit einigen warzenartigen follikulären Erhebungen, daneben ein paar kleinere Wärzchen mit leicht zu entfernenden follikulären Pfröpfen. Kein Jucken. Diagnose: Lichen planus hypertrophicus an ganz ungewöhnlicher Stelle. Der histologische Befund bestätigt diese Diagnose.

2. Weiterer Fall zur Diagnose. 8jähriges Mädchen. In großen Gebieten (anscheinend an Kopf, Hals, Oberarmen, Brust, Beinen, d. Ref.) ist die Haut teigig verdickt, nur mit Mühe abhebbar, wie aus einem Stück mit der vielleicht gleichfalls verdickten unterliegenden Muskulatur, äußerlich aber vollkommen unverändert. Der Redner lehnt die Diagnose Myositis ab und entscheidet sich für ein frühes Stadium von Sklerodermie.

Diskussion. Weber, F. P. erinnert an einen von Batten als Myositis fibrosa beschriebenen und an einen von Carr vorgestellten verwandten Fall.

Mc Donagh, J. E. R. in Vertretung von Abraham, P. S. Lichen planus bei einem 5jähr. Kinde, seit 14 Tagen bestehend.

Mc Donagh, J. E. R. 1. Dermatitis herpetiformis bei 17j. Burschen. Mundschleimhaut befallen.

Diskussion. Morris, M. macht darauf aufmerksam, wie selten die Augenbindehäute befallen werden. Pringle: Volle Heilung ist doch gar nicht so selten, so in einem seiner Fälle noch nach mehr als 10 Jahren; bei diesem Kranken war jede Exazerbation von starker Indikanurie begleitet gewesen.

2. Einige Luesfälle, welche die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion beleuchten. 46jährige Frau mit positiver Wassermannscher Reaktion; 4 Fehlgeburten, 9 Kinder unmittelbar nach der Geburt gestorben, das zweite und vierte leben und liefern negative Wassermannsche Reaktion. Erst im Laufe des letzten Jahres traten bei der Mutter Zeichen von Lues auf und zwar Gummen. Die Frau muß von einem ihrer Kinder in utero infiziert worden sein, da Infektion vom Gatten her sich schon früher hätte äußern müssen, folglich hat der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion in diesem Falle bewiesen, daß das Collessche Gesetz unrichtig sei; denn daran, daß Frauen, wie die in Rede stehende, syphilitisch seien, hat Colles nicht gedacht. Ferner hebt der Redner mit Bezug auf diesen und einen zweiten Fall



von ähnlicher Anamnese hervor, daß bei Frauen, die von ihrer Frucht in utero mit Lues infiziert worden sind, die ersten und zwar tertiären Krankheitssymptome erst zur Zeit der Menopause sich einstellen. Da aber das Serum solcher Frauen gewöhnlich positive Wassermannsche Reaktion liefert, so besteht die Gelegenheit, sie in jeder Schwangerschaft spezifisch zu behandeln; die Reaktion sollte überhaupt bei jeder Frau, die abortiert hat, angestellt werden.

Diskussion. Pernet: Colles hat nie etwas anderes behauptet, als daß eine Mutter, die ihr syphilitisches Kind säugt, keine Geschwüre an der Brust bekommt. Whitfield. Wenn die Wassermannsche Reaktion bei jedem kongenital Syphilitischen durch das ganze Leben erhalten bliebe, was aber nach der Literatur nicht zutrifft, so würde das gegen ihren Wert sprechen, da angeborene Lues nicht immer dauernd immun macht.

Morris, M. Fall zur Diagnose. 50jähr. Mann, hautkrank seit 10 Jahren. Bei der ersten Untersuchung vor bald einem Jahre netzförmiges, an Lichen planus erinnerndes Exanthem an den Armen u. zw. namentlich den Streckseiten. Während des Winters Symptome fast wie bei Raynaudscher Krankheit. Jetzt hat sich der Ausschlag auf die Beine ausgebreitet. Er verschwindet auf Druck. Frostbeulen; Dyspepsie. Diagnose: Lokalisierte Parakeratosis variegata; Ursache: vermutlich häufige Kälteeinflüsse.

Diskussion. Mac Leod stimmt der Diagnose bei und wendet sich gegen den Namen Parapsoriasis.

Sequeira, J. H. Lupus erythematodes vergesellschaftet mit Erythema iris. 41jähr. Frau, die zur Bildung von Frostbeulen neigt und unter Kälte sehr leidet. Im Frühjahr 1908, nach einem sehr strengen Winter, Beginn eines Lupus erythematodes des Gesichtes. Februar 1910 Erythema iris an beiden Vorderarmrücken und am Lippenrot. Wahrscheinlich werden beide hier vereinigten Krankheiten durch Toxine erzeugt.

Diskussion. Morris, M. glaubt nicht recht an einen inneren Zusammenhang der beiden Leiden. Pringle findet, der Unterschied zwischen narbenbildenden (Lupus erythematodes) und nicht narbenbildenden (Erythema multiforme) erythematösen Herden an den Händen sei höchst akademisch.

Williams, W. Dariersche Krankheit, bei 19jährigem Gepäckträger seit 3 Jahren bestehend. Hanfkorngroße, graue Papeln oder auch rupiaartige Herde bilden ein breites Band zu beiden Seiten der Mittellinie des Rückens und sind an der Vorderfläche des Rumpfes zu einem Dreieck mit der Basis in der Unterbauchgegend und der Spitze am Manubrium sterni zusammengestellt. Histologisch: Hornschichte verdickt, in ihren tieferen Teilen besonders stark azidophil, mit pflockartigen Zapfen tief in das Rete vordringend; Körnerschichte unter den dicken Hornmassen verbreitert. Corps ronds.

Diskussion. Morris, M. und Pringle erwarten von der weiteren Beobachtung die Bestätigung der Diagnose.

(Ref. nach Brit. Journ. of Dermat. April und Mai 1910.)

Paul Sobotka (Prag).



Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft zu Stockholm.

Sitzung vom 2. Juni 1910.

Moberg. Ein 33jähriger, sonst gesunder Mann, hat einige Tumoren am linken Unterarme. Der älteste entstand vor 1 Jahr und ist allmählich gewachsen; er ist jetzt bohnengroß, sitzt subkutan an der Ulnarseite, etwas oberhalb des Handgelenkes, ist ziemlich fest, gelappt und hat seine größte Länge in der Richtung des Armes Ferner sind noch vier Tumoren, alle an der Beugeseite des Armes, entstanden; sie sind von geringerer Größe, langgestreckt, nicht gelappt, subkutan. Die Tumoren sind nicht schmerzhaft, weder bei Druck noch spontan. Wahrscheinlich handelt es sich um multiple Lipome.

Moberg. Eine 48jährige Frau mit Lichen planus, an dem Handrücken und den Knien lokalisiert. Der Fall ist von Interesse, teils weil der Ausschlag ein Rezidiv der Krankheit ist, die vor ungefähr 3 Jahren zum letztenmal auftrat und damals unter Arsen und äußerer Behandlung geheilt wurde, und teils weil die Eruptionen hauptsächlich aus hypertrophischen Papeln bestehen.

Moberg. Eine junge Frau mit Lupus erythematosus facici, mit Röntgen erfolgreich behandelt.

Kempff. Eine 72jährige Frau mit Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex. Der Fall ist sehr schön; unter den Erscheinungen kommen auch erhabene, warzenähnliche Tumoren vor.

Kempff. Ein junger Mann mit einem sehr eigentümlichen Naevus der linken Kniebeuge.

Schlasberg. Ein junger Mann hat an den unteren Extremitäten einige Flecken vom Typus Lichen planus verrucosus; vor 14 Tagen ohne bekannte Ursache ein plötzlicher Ausbruch von kleinen Planuspapeln, die in zwei Tagen fast den ganzen Körper bedeckten.

Müllern-Aspegren. Fall von Lichen planus scroti.

Karl Marcus (Stockholm).

Fachzeitschriften.

Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. LI. Nr. 2—4.

Ashaurton Thompson. Über Versuche mit der Nastinbehandlung nach Prof. Deycke bei drei Fällen von tuberöser und einem Fall von rein neurotischer Lepra. p. 53.

Das Nastin hat sich bei den Versuchen des Verf. als ein indifferenter Körper erwiesen. Fieberhafte Reaktion trat nicht auf, ebensowenig lokale Reaktion. Bei 3 mit Nastin behandelten Erwachsenen trat keine Änderung des Zustandes, bei einem Kinde eine Verschlimmerung auf. Dies belegen ausführliche Krankengeschichten.

Dreuw. Klinische Beobachtungen bei 101 haarerkrankten Schulknaben. p. 103.

Die von Dreuw in einer früheren vorläufigen Mitteilung kurz beschriebene Alopecia parvimaculata ist zu der Pseudopelade (Brocq) in Beziehung zu bringen. Im Gegensatz zu letzterer tritt sie nur bei Jugendlichen u. zw. gehäuft auf und gibt im nichtatrophischen Anfangsstadium anscheinend gute Prognose. Verf. unterscheidet bei der Alopecia parvimaculata 2 Formen: eine nichtatrophische und eine atrophische Form. Letztere wiederrm trennt er in eine A. p. atrophicans solitaris und conglomerata. Differentialdiagnostisch ließen sich Trichophytie und Mikrosporie, kleinfleckige traumatische Alopezie, Alopecia areata ausschließen. Weder durch Färbe- noch durch Züchtungsmethoden ließ sich ein Erreger der Krankheit finden. Die erfolgreiche Behandlung bestand in Waschungen mit Salizyl-Schwefel-Hefeseife, 2 mal täglichem Betupfen mit Ol. Rusci 20.0, β-Naphthol, Acid. salicyl. Resorcin aa 4·0, Ol. Rizini 30.0, Spirit. saponat. ad 200·0. Abends Einsalben mit 4% Resorzin, 10% Sulfur. praecipit. Salbe oder Behandlung mit Chrysarobinstift oder 10% Zinkschwefelpaste. Selbstverständlich wurden die erkrankten Knaben isoliert und der Schulbesuch eingestellt, bis eine gründliche Desinfektion der Kopfhaut in der beschriebenen Weise durch 5—6 Wochen stattgefunden hatte. Die Erfolge der Behandlung waren günstige, wenn die Behandlung frühzeitig, vor dem Auftreten des atrophischen Stadiums, einsetzte.

Hoffmann, K. J. Über eigentümliche Lungenschmerzen nach Injektion von grauem Öl. p. 119.

Auftreten von ziehenden Schmerzen in der Brust, die bei tiefem Atemholen stärker wurden, mäßiges Fieber. In einem 2. Fall traten nach der Injektion heftige Atemnot, Seitenstechen, Erstickungsgefühl auf, in einem 3. Kombination beider Erscheinungen, immer ohne lokalen Befund. Verf. glaubt, daß es sich hier nicht um das gewöhnliche Bild einer Lungenembolie handele, da die Symptome nicht sofort nach der Injektion auftraten, sondern er nimmt an, daß die Embolie auf dem Wege der Lymphbahnen entstanden sei. Dreimal erfolgte sie nach Injektion mit Duretschem Öl, im ganzen unter etwa 800 Spritzungen 4 mal.



Cronquist, C. Zwei Fälle von Lichen ruber planus bei Kindern. p. 147.

Der 1. Fall betraf ein fast 10jähriges Mädchen und mußte als Lichen ruber verrucosus bezeichnet werden, der 2. ein 6jähriges. Letzterer Fall verhielt sich gegen sehr hohe As-Dosen refraktär.

Schestopal, H. Die Spirochaete pallida bei der Syphilis der Mundhöhle. p. 154.

Untersuchung von 22 Fällen. In 2 Fällen von anfänglichen Schleimhautsymptomen der Lues und in 8 Fällen von Schleimhautgummen negativer Spirochaetenbefund. Bei den übrigen Fällen mit sekundären Schleimhautsymptomen fanden sie sich verschieden reichlich, ganz oberflächlich gelegen. Daraus ergibt sich, daß die Schleimhautaffektionen der Lues die infektiösesten sind. Die anatomischen Verhältnisse der Schleimhaut und ihrer luetischen Affektionen erklären dies. Ludwig Waelsch (Prag).

Dermatologische Zeitschrift. 1910. Nr. 8.

Favera. Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare. p. 541.

Mit dem oben angeführten Namen werden selten beobachtete, schwer zu deutende Dermatosen bezeichnet, welche wohl die Charaktere der Erytheme haben, sich jedoch durch ihre Beständigkeit von diesen unterscheiden und in vielen Fällen einen auffallend neoplastischen Charakter zeigen. Favera hat bereits 1909 einen einschlägigen Fall publiziert und fügt diesem einen analogen Fall zu, die er beide unter die Bezeichnung Erythema elevatum diutinum subsummiert; ein dritter Fall gehört in die Gruppe des Granuloma annulare. Der erste Fall betrifft einen 23jährigen Mann, dessen Hautaffektion unter allgemeinem Unwohlsein und diffusen Schmerzen in den Gelenken auftrat. Auf der Streckseite der Knie- und Ellbogengelenke beobachtete man rundliche, blaßrote, etwa 5 *mm* über die Haut hervorragende, gruppenweise angeordnete, knotige Effloreszenzen von Linsen- bis Bohnengröße, welche stellenweise erodiert sind und ein schwarzes Krüstchen tragen. Spärlichere Effloreszenzen finden sich an den Hand- und Fußrücken, sowie in der Knöchelgegend. Im Verlaufe von 5 Monaten schwanden die Effloreszenzen zum größten Teile, nach $2^1/_2$ Jahren waren sämtliche Herde spurlos verschwunden. Die histologische Untersuchung ergab folgendes: Die wesentlichen Veränderungen spielen sich im Korium ab; hier ist eine mächtige Zellinfiltration sichtbar, welche sowohl die Blutgefäße betrifft als auch sich in dem Gewebe und den Interstitien zwischen den kollagenen Bündeln ausbreitet. Die Infiltration besteht größtenteils aus mehrkernigen neutrophilen Leukozyten; es kommen weiters spärliche eosinophile Leukozyten und große einkernige Zellen mit basophilem Protoplasma vor. Keine Plasma- und Mastzellen. Die Gefäße sind stark erweitert. Der dritte Fall betrifft einen Patienten, der seit 10 Jahren an Schmerzen der kleinen Hand- und Fußgelenke leidet; er hat eine einzige Effloreszenz an der Außenseite



des rechten Zeigefingers, welche seit 15 Monaten besteht. Es ist ein ovaler scheibenförmiger Infiltrationsherd, dessen zentrale Teile deutlich eingesunken sind und eine düsterrote Färbung aufweisen, während der periphere Teil sich als ringförmiger Rand steil von der Haut abhebt, rosigweiß glänzend, keloidartig ist. Das histologische Bild ist von dem der anderen Fälle verschieden, indem zwar auch wieder die Hauptveränderungen das Korium betreffen, die Gefäße wohl erweitert sind, aber keine entzündliche Veränderung ihrer Umgebung zeigen. Während die zentralen Partien der Effloreszenz regressive Prozesse erkennen lassen, finden sich im elevierten Randteile scharfbegrenzte, von zellenreichem Gewebe umgebene Nekrosenherde, welche in Serienschnitten verfolgt ganze Stränge zu bilden scheinen. Man kann hier junge Bindegewebszellen unterscheiden, sowie Riesenzellen mit peripher angeordneten Kernen, leukozytoide und lymphozytoide Zellen, spärliche Mast- und Plasmazellen. Im weiteren Verlaufe sieht man die nekrotisierten Stränge durch dichtes Bindegewebe ersetzt. Nach kritischer Beleuchtung der einschlägigen Literatur scheint Favera die Zugehörigkeit des Granuloma annulare zu den Erythemen und speziell dem Erythema elevatum diutinum sehr fraglich, nachdem es sich im histologischen Bilde wesentlich von demselben unterscheidet.

Florange. Über einen Fall von Lupus pernio und seine Reaktion auf Röntgenbehandlung. p. 558.

Es handelt sich bei dem 18jährigen Patienten um eine Affektion beider Wangen, welche starke Schwellung und dunkelblaurote Verfärbung der Haut zeigen, welche stellenweise von Lupusknötchen durchsetzt ist. An beiden Händen finden sich Schwellungen der Finger, welche sich im Röntgenbild als Knochenerkrankungen erweisen, welche nach ihrem klinischen Bilde als Tuberkulose anzusprechen sind. Der Patient wurde mit Pausen durch 6 Monate bestrahlt; sowohl die Affektion der Wange als auch die stark vergrößerten submaxillaren Lymphdrüsen sind beinahe vollkommen verschwunden.

Polland. Auffallende Kratzeffekte bei einer Hysterika. pag. 564.

Polland berichtet über einen Fall von Selbstbeschädigung der Haut bei einer Hysterischen. Dieselbe bot neben frischen, auffallend tiefen Kratzeffekten reichliche bandförmige Pigmentationen, welche sich mit Ausnahme des Gesichtes an allen dem kratzenden Finger erreichbaren Stellen fanden, sich stellenweise überkreuzten und auf tiefe Substanzverluste schließen ließen. Die Tatsache, daß die Patientin die Energie fand, sich so tiefe und gewiß schmerzhafte Wunden zu setzen, fand ihre Erklärung in der enorm herabgesetzten Schmerzempfindung der Haut. Es scheint sich um eine schnell vorübergehende juckende Dermatose der Haut gehandelt zu haben.

Fritz Porges (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt 1910. Nr. 9—11.

Fischer, Franz. Über Jodtropon. p. 258.

Erfahrungen bei 40 Luetikern. Resorption langsamer als die der Jodalkalien, aber die Wirkung deutlich. Jodtropon wird vorzüglich vertragen, Jodismus wird nie beobachtet. Es ist im Handel in Tablettenform à 0·05 Jod. Verf. gab dreimal täglich 2 Tabletten.

Savicevic, W. Ein Fall von generalisiertem Favus. p. 263.

14jähriges Bauernmädchen mit älterem Favus der Kopfhaut und frischerem, borkigem und krustösem auf der allgemeinen Decke.

Heddevich, W. Über Leukonychia totalis. p. 264.

Bei einem 28jährigen Manne sind alle Fingernägel gleichmäßig weiß, wie aus Zelluloid oder Elfenbein, wahrscheinlich schon von Geburt an. Keine Vererbung seitens der Vorfahren. Sonst in jeder Beziehung normal. Die Nägel der Zehen zeigen diese Veränderung nicht.

Gutmann, C. Über die Papillen der Glans penis. p. 290.

Von 135 Männern zwischen 16 und 78 Jahren fand G. diese Gebilde bei 65 = 48·15%, meist auf dem den Koronarwulst, nach dem Frenulum zu abnehmend, 2 Formen sind zu unterscheiden: breite, flache und kegelförmige, spitze oder stumpfe. Eine Disposition zu spitzen Papillomen verleihen diese Gebilde den Betreffenden nicht. Mikroskopisch 2 Typen: 1. epithelialen, 2. bindegewebigen Charakters. Übergangsformen sehr häufig. Vielleicht sind es rudimentäre Bildungen. Im Tierreich, z. B. beim Kater, sind sie sehr viel deutlicher entwickelt. Vielleicht dienen sie der Steigerung des Reizes beim Koitus.

Fischer, Franz. Über Syphilisbehandlung. p. 227.

Versuche an 80 Patienten mit einem dem Enesol ähnlichen, 1% Hg. salicyl. und 2% Methyldinatriumarsenat enthaltenden Injektionsmittel (löslich), gewöhnlich 20 Injektionen à 2 *ccm* (alle 2—3 Tage). Der Erfolg war unbefriedigend, denn 14 von 32 mit diesem Mittel bis zu Ende behandelten Pat. hatten zum Schluß der Kur noch nicht abgeheilte Erscheinungen. Und von 7 erscheinungsfrei gewordenen reagierten noch 4 serologisch positiv. Auch Asurol hat Verf. geprüft und zwar bei 35 Patienten. Die Wirkung ist eine prompte, die Erscheinungen gehen schnell zurück. Aber die Schmerzen nach der Injektion waren doch allzugroß, hielten auch lange an und erstreckten sich oft sogar auf das ganze Bein. Dem ließ sich abhelfen durch Zusatz von 1% Novocain oder Alypin. nitr. zur 10% Lösung des Asurols.

Rudolf Krösing (Stettin).

British journal of Dermatology. 1910. Nr. 6.

Little, Graham E. Zwei Fälle von Molluscum contagiosum. p. 181.

In beiden beschriebenen Fällen war die Zahl der Geschwülstchen sehr groß und ihre Ausbreitung auf den Stamm beschränkt. Wie die noch nicht veröffentlichten Ergebnisse einer von Hall veranstalteten Umfrage lehren, ist das Molluscum contagiosum in den verschiedenen Teilen Groß-



britanniens und Irlands sehr verschieden häufig und kommt in manchen Gegenden überhaupt nicht vor; es bevorzugt in auffallender Weise die Seehäfen vor dem Binnenlande. In London macht es 1—1½ pro Mille aller Hautkrankheiten aus, früher war es vielleicht etwas häufiger.

Pembrey, M. S. Die Funktionen der Haut. Vortrag II. p. 191.

Der zweite Vortrag bespricht den Ursprung des Pigments, seine chemische Zusammensetzung und seine physiologische Bedeutung und verwertet eine Reihe wenig bekannter Einzelnheiten.

Paul Sobotka (Prag).

The journal of cutaneous diseases. 1910. Nr. 7.

Hyde, Nevins James und **Davis**, D. J. Chicago. Sporotrichosis bei Menschen. Mit hierhergehörenden Überlegungen über den Zusammenhang derselben mit der mykotischen Lymphangitis der Pferde. p. 321.

Hyde und Davis berichten über eine auf einer Farm in Nord-Dakota ausgebrochene Pferdeerkrankung, welche wegen des profusen, fötiden Nasenkatarrhs, der tiefen Septumulzeration und der Lymphdrüsenschwellung als Rotz diagnostiziert worden ist. Ein junger, bis dahin gesunder Farmer, der in einen Kontakt mit den erkrankten Tieren gekommen sein dürfte, bemerkte nach einiger Zeit eine rasch und heftig sich entzündende Follikulitis, der bald eine größere Anzahl von flachen, papulo-tuberkulösen, umschriebenen Läsionen an verschiedenen Stellen der beiderseitigen Extremitäten unter zeitweiliger leichter Kälte und Hitze folgte.

Der ursprüngliche Follikulitisherd entwickelte sich zu einem 3 *cm* großen, granulierenden, eitrigen Geschwür mit weicher Basis; alle Drüsen geschwollen und weich.

Unter Sublimatumschlägen und innerlicher Jodkaliverabreichung erfolgte vollständige Heilung.

Eine ganze Anzahl — ungefähr ein Dutzend — ähnlicher Fälle, aus derselben Gegend, mit demselben Beginn, mit Drüseninfektion und gleichgünstiger Reaktion auf JK sind von Quain (in Bismarck, N. D.) beobachtet und als Sporotrichosis angesehen worden.

Vom Geschwürsrand des Arms, aus den gummaähnlichen Effloreszenzen und aus dem Blute ihres Falles haben die Autoren Kulturen angelegt, sowie mikroskopische Präparate gemacht. Aus dem ersteren züchteten sie einen Pilz mit reichlichem, verästeltem, septiertem Myzel und ovalen oder birnförmigen Sporen. Die mit Skarifikation und subkutaner Injektion bei Mäusen, Ratten und Affen gemachten Tierversuche ergaben teils abszeßartige, teils geschwürige Effloreszenzen, aus welchen dieselben Pilze wieder gefunden wurden. Eine Ratte, in die Bauchmuskulatur geimpft, verendete (ohne bekannte Veranlassung) und zeigte in der Bauchwand zwei kleine Abszesse mit angrenzender diffuser Infiltration.

Abszeß und Infiltrat ergaben in Abstrichpräparaten dieselben Organismen. Eine peritoneal geimpfte Ratte ergab nach ihrem Tode (25



Tage nach der Injektion) zahlreiche weiche, kleine, gelblichgraue Knötchen im Netz und um die Leber, welche denselben Pilzbefund ergaben.

Diese Ergebnisse verglichen mit den Befunden bei der mykotischen Lymphangitis der Pferde (Mohler) und der seit Schenck, Brayton, Hektoen und Perkins, Beurmann und Rammond studierten Sporotrichosis des Menschen führen beide Autoren zu dem Schlusse, daß auch ihr Fall als Sporotrichosis (Schenckii) zu bezeichnen ist, daß die in Amerika und Europa (namentlich Frankreich) beobachteten Fälle von menschlicher Sporotrichosis identisch sind und daß manche der amerikanischen Fälle von mykotischer oder epizootischer Lymphangoitis der Pferde ebenfalls durch Sporotricheen erzeugt sind. Die von Tokishige als mykotische Lymphangitis von Pferden und Mauleseln beschriebene Erkrankung ist aber durch einen andern Pilz (Saccharomyces) hervorgerufen, wenn auch das klinische Bild jenem durch Sporotrichon (Schencki) sehr ähnlich ist.

Pusey, Allen William. Der therapeutische Gebrauch der Durchfrierung, besonders mit fester Kohlensäure. p. 353.

Im Kohlensäureschnee besitzen wir ein leicht erhältliches, in wenig Minuten präparierbares Ätzmittel, das fast schmerzlos in Sekunden wirkt und dessen Effekt gut kontrollierbar ist.

Das Prinzip seiner Einwirkung ist die Erzeugung einer verhältnismäßig tiefen, scharf umschriebenen, entzündlichen Reaktion durch plötzliche, hochgradige Kältewirkung. Alle Grade von flüchtiger Entzündung bis zur vollständigen Verbrennung sind erhältlich. Hiebei ist nur unbedeutende Narbenverdickung vorhanden.

Die Wirkung hängt ab von dem Drucke bei der Durchfrierung und von ihrer Dauer. Der erstere ist notwendig, da sich bei leichtem Aufsetzen des Schnees sofort eine trennende und die Wirkung hemmende Gasschicht zwischen Kohlensäure und Haut bildet. Der Grad des Druckes muß durch die persönliche Erfahrung erlernt werden.

Bezüglich der Dauer ist zu bemerken: Momentanes Erfrieren bewirkt leichte entzündliche Reaktion, Kälte von 5—10 Sekunden macht akute trockene Dermatitis, solche von 20—30 Sekunden heftige Entzündung, Blasenbildung und schließliche Sklerose der Haut. Erfrierung von 1 Minute oder mehr macht eine Blase mit dünnem, trockenem Schorf, der in 2—3 Wochen abfällt und eine dünne, weiße Narbe zurückläßt. Sonst sind noch persönliche Empfindlichkeit und Eigentümlichkeit der zu behandelnden Affektion zu berücksichtigen. Kinder reagieren stärker als Erwachsene, mit Hornschichte bedeckte, blutreiche Gewebe schwächer als blutarme Haut, namentlich der Extremitätenenden. Vorherige Anwendung von X- oder Radiumstrahlen steigert die Wirkung des Kohlensäureschnees. Die Applikation geschieht in kleinen, runden oder viereckigen Formen (Tuben). Eine Mischung von CO_2-Schnee und Äther bietet keine Vorteile. Die betreffenden Hautstellen sind zu desinfizieren, von Krusten und Haaren zu befreien, nach der Ätzung zweimal täglich mit H_2O_2 zu waschen. Die verschiedenen Dermatosen, bei denen Kohlensäureschnee sich nützlich

erwiesen, sind: Umschriebene Stellen hartnäckigen Ekzems (Zeisler) seborrhoischer Dermatitis (Sutton), Lichen planus (Heidingsfeld), Lupus erythemat. (Zeisler, Gotthard), namentlich chronischer Form (Jackson, Hubbard, E. Hoffmann, Foerster, Winfield). Pusey hatte bei Lupus erythem. discoides bei 5—15 Sekunden dauernder Anwendung gute Resultate, resp. bedeutende Besserungen. Bei Lupus vulg. ist kein besonderer Vorteil gegenüber anderen Kaustizis. Sehr gut wirkt CO_2 (bei 10 Sek. Applikation) bei Chloasma und seniler Lentigo (Zeisler, Sutton, Jackson, Hubbard, Pusey). Tätowierungen und Pulverflecken können durch oberflächliche Verätzung entfernt werden.

Bei Xanthoma planum (Sutton), weichen Warzen (Zeisler, Sutton, Jackson, Hubbard), auch harten Warzen (Pusey 60—90 Sekunden), Naevis (Sutton, Heidingsfeld, Schaleck u. a.), namentlich vaskulären (Mac Leod, Morton) und pigmentierten Naevis leistet CO_2-Schnee bei entsprechender Abstufung sehr gute Dienste. Namentlich sind kosmetisch glänzende Resultate an heiklen Partien (Augenlidern) und bei kleinen behaarten Naevis zu erzielen; bei ausgedehnten Naevis muß wiederholte Applikation vorgenommen werden. Von den vaskulären Naevis sind die kleinen hypertrophischen besser als die flachen für den CO_2-Schnee geeignet. Sehr gute Resultate sind bei senilen und X-Strahlen-Keratosen erhältlich (40—60 Sekunden); für beginnende senile Hornkarzinome ist dies die beste Behandlung. Tiefere Epithelioma dagegen erfordern Kurettement, Zinkchlorid- oder Kaliätzung und Röntgenstrahlen.

Rudolf Winternitz (Prag).

Annales des maladies vénériennes. Bd. IV. Nr. 11 u. 12.

Dalla Favera. Kritische Studie über das Atoxyl; klinische Beobachtungen über das Asarzetin bei der Behandlung der Lues. p. 801.

Nach einem historischen Überblick über die Verwendung des Atoxyls bei Trypanosomen- und Spirillenerkrankungen bei Tieren bespricht Favera ausführlich die Wirkung dieses auf die menschliche Syphilis. Wenn auch oft überraschend schnelle Erfolge zu beobachten sind, so stehen dem häufig gänzliches Versagen, z. B. bei den parasyphilitischen Erkrankungen und bei der hereditären Lues, wenig langanhaltende Wirkung (oft Rezidive während der Behandlung) und vor allem die große Intoxikationsgefahr mit ihren Folgen (Amaurosen, Störungen von seiten des Gastro-Intestinaltraktus und des Nervensystems, ja selbst Todesfälle) gegenüber. Daher meint Favera, daß das Atoxyl kein Ersatz für das bewährte Quecksilber und nur bei Hg-Idiosynkrasie, maligner Lues und solchen Fällen, die sich dem Quecksilber gegenüber refraktär erweisen, anzuwenden sei. Dasselbe gilt von dem Asarzetin, das durch seine geringere Giftigkeit den Vorzug vor dem Atoxyl verdienen dürfte. Favera wandte dies während 8 Monaten bei 48 Syphilitikern jedes Stadiums und bei 43 verschiedenen Dermatosen an; auch hier wechselnde Erfolge: oft geradezu frappierende Wirkung gegenüber gänzlichem Versagen und

baldigem Rezidivieren; am besten wirkte es bei schwereren sekundären Erscheinungen, bei papulo-pustulösen und papulo-ulzerösen Syphiliden. Die Anwendung geschah nach Neissers Vorschriften; später wurde die Dosis auf 0·8 bis 1·2 pro Injektion erhöht, ohne indessen eine bessere Wirkung zu erzielen. Störungen, meist geringen Grades, waren in 32·7% zu verzeichnen, meist von seiten des Nerven- und Darmsystems; je einmal wurden Albuminurie, Glykosurie, Sehschwäche und ein pruriginöser Ausschlag festgestellt; in einem Falle bestand gänzliche Idiosynkrasie, selbst der kleinsten Dosis gegenüber. Auch lokal wurde das Asarzetin in Lösung (10%) oder als Pulver verwandt; es begünstigte entschieden die Rückbildung der spezifischen Effloreszenzen. Schließlich wurde in 4 Fällen eine mit Hg kombinierte Behandlung mit sehr günstigem Erfolge eingeleitet.

Moran. Die Anwendung des grauen Öls bei der Behandlung der Syphilis im städtischen Krankenhaus zu Brest. p. 833.

Moran wendet seit fast 8 Jahren in seiner Privatpraxis und seit Februar 1908 im Krankenhaus zu Brest regelmäßig Injektionen mit grauem Öl an und hat damit nur die besten Erfahrungen gemacht; er glaubt sie wegen der leichten Applikation, ihrer Unschädlichkeit, ihrer verhältnismäßigen Schmerzlosigkeit und ihrer außerordentlich prompten und anhaltenden Wirkung als ein hervorragendes Mittel bei der Behandlung der Syphilis empfehlen zu können. Besondere Zwischenfälle bei und nach den Injektionen waren nicht zu verzeichnen und sind auch wohl fast immer bei nötiger Sorgfalt und Aufmerksamkeit zu vermeiden.

Desmoulière et Lafay. Wie kann man ohne Zufügung von Anästheticis die Toleranz gegenüber löslichen Quecksilbersalzen erhöhen? p. 841.

Desmoulière und Lafay empfehlen Injektionen mit Hydrarg. benzoat. wegen ihrer konstanten und äußerst schnellen Wirkung. Um möglichste Schmerzlosigkeit zu erzielen, setzen sie mit bestem Erfolg der Lösung statt Kokain und ähnlichen Anästheticis, die sich aus praktischen Gründen nicht empfehlen, 10% Sacchar. zu, das im Bedarfsfall durch Glykose oder Laktose ersetzt werden kann. Die besten Resultate ergab folgende Lösung, deren Sterilisation durch Filtrieren zu geschehen hat:

Benzoat. de mercur. récent	1·0,
Chlorur. d. sod. pur et sec.	1·0,
Saccharose pur	10·0,
Eau distil.	ad 100·0.

Für Hg bijod. ist ein ähnliches Rezept angeführt:

Bijod. d. mercur. réc.	1·0,
Jodure de sod. sec. et pur	1·0 usw. wie oben.

Pawloff. Multiple Riesenprimäraffekte am Bauch. p. 882.

Pawloff sah bei einem Soldaten außer 5 Sklerosen am Präputium etwa 20 indurierte Ulzerationen von verschiedener Größe, die erst einige Tage nach den erstgenannten aufgetreten sein sollen. Einer dieser Primäraffekte war 9 *cm* lang und 4 *cm* breit; anscheinend lag Auto-Inokulation vor.

Define. Hypertrophische Narben nach pustulösen Syphiliden. p. 889.



Während häufig nach sekundären Exanthemen Pigmentflecken zurückbleiben, ist das Auftreten von Keloiden bisher nur vereinzelt beobachtet worden. Define beschreibt einen Fall, bei dem sich nach einem akneiformen Exanthem an den erkrankten Stellen, die sich zerstreut und gruppenweise über den Rumpf und die Extremitäten erstreckten, weiße hypertrophische, keloidähnliche Narben einstellten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die histologischen Veränderungen Epidermis und Kutis betreffen. Spirochaeten und Tuberkelbazillen konnten in den Schnittpräparaten nicht gefunden werden.

Sommer. Merkurielle Übersättigung. p. 905.

Sommer bezeichnet als „saturation mercurielle“ einen Zustand, der oft während einer Quecksilberkur auftritt und sich durch allgemeine Schwäche, Appetit- und Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen u. dergl. kenntlich macht, während die syphilitischen Erscheinungen auf Hg nicht mehr reagieren. An diesem Zeitpunkt ist es erforderlich, die Hg-Behandlung zu unterbrechen und für möglichst schnelle Elimination des Quecksilbers zu sorgen, am besten entweder durch Hydrotherapie und Schwefelbäder oder durch Zittmannsches Dekokt oder Pollinisches Pulver.

Fournier. Chronischer infektiöser Ikterus bei einem hereditär Syphilitischen. p. 909.

Das von Hayem als „ictère infectieux chronique splénomégalique“ bezeichnete Krankheitsbild umfaßt folgende Symptome: Chronischer Ikterus, mäßige Hypertrophie der Leber, Milztumor, Verdauungsstörungen, Anämie mit Veränderung der Blutkörperchen und hereditäre Syphilis. Fournier beschreibt einen derartigen typischen Fall ausführlich, zwei weitere Beobachtungen sind kurz wiedergegeben.

Fouquet et **Joltrain.** Multiple Primäraffekte; Verhalten der Wassermannschen Reaktion; Einfluß der Behandlung auf dieselbe. p. 918.

Außer allgemeinen Erörterungen über das Zustandekommen von gleichzeitig oder nacheinander aufgetretenen, multiplen Primäraffekten (Hetero- oder Autoinokulation) und dem Verhalten der Wassermannschen Reaktion nach dem Auftreten der Sklerose bis zum Sichtbarwerden der sekundären Erscheinungen teilen Fouquet und Joltrain noch ausführlich einen Fall von multiplen Schankern mit. Es bestanden mehrere Sklerosen am Penis und Skrotum und je ein Primäraffekt auf der Zunge und einer Tonsille; anscheinend sind die letzteren zuerst aufgetreten. Außer Drüsenschwellungen sind bis jetzt etwa 15 Tage nach dem Auftreten keine weiteren Erscheinungen festzustellen. Die Wassermannsche Reaktion ist negativ; trotzdem wird eine Hg-Behandlung begonnen; 4 Tage später ist Wassermann leicht, nach weiteren 4 Tagen deutlich positiv. Trotz energischer Behandlung bleibt Wassermann bis zur Entlassung — nach 4 Wochen — positiv; derselbe Befund ergibt sich auch noch nach einigen Wochen trotz einer nochmaligen, sehr intensiven Kur (45 Injekt. mit Hg benz.), die wegen Auftreten von vorzeitigen Gummata eingeleitet worden war. Hugo Hanf (Breslau).



Hautkrankheiten.

Tuberkulose.

Czerny, A. Exsudative Diathese, Skrofulose und Tuberkulose. Jahrbuch für Kinderheilk. LXX. Bd. p. 529.

Die exsudative Diathese ist besonders häufig bei Kindern neuro- oder psychopathischer Eltern zu beobachten; sie äußert sich durch eine Anzahl charakteristischer Krankheitserscheinungen an der Haut und den Schleimhäuten, die man früher mit noch anderen, darunter auch tuberkulösen Affektionen unter dem Namen Skrofulose zusammenfaßte. Ausgelöst kann die Diathese, zu deren Hauptsymptomen Czerny den Gneis, Milchschorf und den Strophulus zählt, durch Ernährungsstörungen, aber auch durch interkurrente Infektionen, besonders durch Masern und floride Tuberkulose werden. Daß die Diathese nichts mit Tuberkulose zu tun hat, läßt sich schon daraus ersehen, daß die Krankheitserscheinungen im frühesten Säuglingsalter auftreten, zu einer Zeit, in welcher die Tuberkulose eine Seltenheit ist und daß anderseits durch eine geeignete Nahrungsänderung die Symptome der Diathese zum Schwinden gebracht werden können, während eine eventuell gleichzeitig bestehende Tuberkulose nicht beeinflußt wird.

Bei den schwersten Formen der exsudativen Diathese kommt es zur Entwicklung eines Zustandes, welcher als pastöser Habitus, Status lymphaticus oder lymphatische Konstitution bezeichnet wird. Nach Czernys Erfahrungen läßt sich durch entsprechende Ernährungstherapie der Status lymphaticus in der Entstehung aufhalten und falls er bereits entwickelt ist, zurückbilden. C. Leiner (Wien).

Oppenheim, M. Wien. Beitrag zur Frage der Beeinflussung des elastischen Gewebes durch Tuberkulose. Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 6.

Die Schlußsätze des Autors lauten:

Eine spezifische, dem Tuberkelbazillus und dessen Toxinen ausschließlich zukommende Wirkung auf das elastische Gewebe konnte nicht nachgewiesen werden; ohne Entwicklung von Zellinfiltraten war eine Schädigung der Elastika nie zu beobachten. Dabei war die Art der Infil-

trate ohne Belang. Ansammlungen von Rund-, Epitheloid- und proliferierenden Bindegewebszellen veranlaßten die Unmöglichkeit, die elastischen Fasern tinktoriell darzustellen. Wir können daher die Tuberkulose nicht als Ursache für das Fehlen der Elastika bei den atrophisierenden Dermatitiden ansehen, speziell bei der Dermatitis atrophicans maculosa, wo die elastischen Fasern unabhängig vom Auftreten der Infiltrate zugrunde gehen.

Viktor Bandler (Prag).

Gougerot, H. Knötchenförmige eitrige Eruptionen vom Typus der papulo-nekrotischen Tuberkulide durch Kokken hervorgerufen. C. r. d. l. soc. d. biol. 1909. Nr. 35. p. 651.

Nicht alle unter dem Bilde der nekrotisierenden Papel verlaufende Hautaffektionen bei Tuberkulösen sind echte Tuberkulide, sondern manche davon werden durch banale Eiterkokken provoziert und nur die tuberkulöse Grundlage verändert ihr Aussehen. Die Kultur bestätigt diese Behauptung; auch ist es möglich bei neugeborenen Ratten durch Einreibung von Reinkulturen ähnliche Affekte zu erzeugen. Es folgt die Beschreibung der histologischen Veränderungen. R. Volk (Wien).

Define, Giacomo. Tuberkulöse Hautgummata des Gesichtes. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1909.

Der Fall betrifft eine 16jährige Stickerin und ist wegen seiner geringen Frequenz sowie durch die relativ in kurzer Zeit eingetretenen Heilung vom Interesse. Die Veränderungen entstanden wahrscheinlich durch zufällige Inokulation mit dem tuberkulösen Gifte an einer Gesichtsstelle (Nasenflügel), von wo aus er sich durch die Lymphwege verbreiterte und sich in der oberen Lippe, den Wangen, der submentalen und linken submaxillaren Gegend lokalisierte. (Nach Angaben der Patientin ist die Ursache ihrer Affektion darin zu suchen, daß sie mit einer Genossin, mit der sie in einer Korrektionsanstalt für Minderjährige war, und die Geschwüre an der Nase und Drüsenvergrößerungen am Halse hatte, durch einige Monate in großer Intimität lebte.) Die tuberkulöse Natur der genannten Veränderungen wurde durch die positiven Resultate der experimentellen Inokulation von Meerschweinchen nachgewiesen. Zum Schlusse hebt D. die große Bedeutung der Pirquetschen Kutisreaktion als differentialdiagnostische Methode hervor, wenn es sich um Hautveränderungen handelt, bei denen die tuberkulöse Natur festzustellen ist.

Costantino Curupi (Prag).

Schueller. Über Lupus lymphangiomatosus. Frankf. Zeitschrift für Pathologie. IV. Bd. 2. Hft.

Am Ohr findet man manchesmal eine Kombination von Lupus mit Lymphangiom. Kleinere Lymphgefäßerweiterungen sieht man ja im histologischen Bild von lupös erkranktem Gewebe häufiger, aber hochgradige Lymphgefäßerweiterungen und Lymphgefäßneubildungen findet man immerhin selten. V. stellt 6 Fälle von Lupus lymphangiomatosus aus der Literatur zusammen und beschreibt noch klinisch und histologisch einen 7. Fall, der an der Klinik von Prof. Posselt beobachtet wurde. Bei dieser Kombination von Lymphangiom mit lupösem Gewebe treten die



erweiterten Lymphgefäße in unmittelbaren Kontakt mit den tuberkulösen Massen. Ein Einbruch der Tuberkelmassen in das Lymphgefäß- und damit in das Blutgefäßsystem ist unausbleiblich. Daher dürfte die Prognose bei diesen Formen als ungünstig bezeichnet werden.

Edgar Braendle (Breslau).

Bargues. Epitheliom auf Lupus vulgaris. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1910. p. 3.

Zu den 158 in der Literatur niedergelegten Fällen von Lupuskarzinom fügt Bargues 6 neue Beobachtungen aus der Klinik von Dubreuilh hinzu, deren Krankengeschichten kurz skizziert sind.

Verf. hat an dem Gesamtmaterial von 164 Fällen berechnet, daß etwa in 3% die Komplikation des Karzinoms bei Lupus eingetreten ist; bei Männern ist sie häufiger zu konstatieren als bei Frauen, obwohl sonst die letzteren häufiger sowohl an Lupus als an Epitheliom erkranken. Das kritische Alter für das Lupuskarzinom liegt zwischen 40 und 50 Jahren. Bargues hält die Prognose der Lupuskarzinome nicht für ungünstiger als die der anderen Epitheliome der Haut mit Ausnahme des Ulcus rodens.

Am Schlusse der Arbeit folgt eine tabellarische Zusammenstellung der 164 Fälle, worin Geschlecht, Alter, Sitz des Lupus und des Epithelioms sowie Beginn derselben, Behandlung und Verlauf der Fälle berücksichtigt sind.

Max Winkler (Luzern).

Schmidt, H. Zum Kampf wider den Lupus. Deutsche Mil. ärztl. Zeitschrift 1910. H. 5.

Die Militärärzte können die Lupusbekämpfung wirksam unterstützen, wenn sie nicht nur bei den Mannschaften auf das Auftreten dieser Erkrankung achten und für die baldige energische Behandlung derselben sorgen, sondern wenn sie auch gelegentlich des Musterungsgeschäftes die Zivilbehörden auf die zur Beobachtung gelangenden Lupusfälle aufmerksam machen.

L. Halberstaedter (Berlin).

Meirowsky, E. Das Graudenzer Lupusheim. Ein Beitrag zur Bekämpfung des Lupus. Dtsch. med. Woch. Nr. 6. 1910.

Zur Pflege und Heilung von Lupuskranken stellte Meirowsky dem Vaterländischen Frauenverein seine Arbeitskraft und sein Instrumentarium zur Verfügung. Zuerst wurden die Patienten in Privatwohnungen untergebracht und eine Behandlungstelle eingerichtet, später erwarb der Verein ein eigenes Grundstück in Graudenz. Die Verpflegung übernahm ein Ehepaar, Haus- und Gartenarbeit verrichteten die Kranken selbst, die Kosten für einen Verpflegungstag betrugen nur 1·50 Mk. Für solche Patienten, die bei großer Armut, ohne Kassen- oder Fürsorgeunterstützung auch diesen geringen Satz nicht erschwingen können, müßte freilich der Staat eintreten. Das Graudenzer Heim brachte ausgiebig und erfolgreich auch die operative Behandlung zur Anwendung und Verf. tritt warm für die schnelle und sichere Methode der Transplantationen ein. Das Graudenzer Lupusheim ist ein schätzenswerter Mitarbeiter an der Aufgabe, arbeitsfähige und arbeitswillige, meist auch innerlich gesunde Menschen



ihrer Familie und der menschlichen Gesellschaft wiederzugeben und zu erhalten. Max Joseph (Berlin).

Wolters, M. Die Behandlung des Lupus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. 1909.

In einem klinischen Vortrage bespricht Wolters die verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus, wobei er zuerst der glänzenden Erfolge der Finsenkur gedenkt, deren zu lange Dauer durch Kombination mit anderen Methoden, Vorbehandlung mit Röntgen abzukürzen sei. Die Röntgenbestrahlung allein ist nicht einwandfrei, da sie im Gegensatz zu Finsen nicht nur krankes, sondern auch gesundes Gewebe zerstört. Die Quarzlampe eignete sich ebenfalls zur Vorbehandlung, aber nicht als alleiniges Mittel, Resorzin und Salizyl sind zur Vorbehandlung von verrukösem Lupus zu verwerten. Resultatlos fand Verf. den Gebrauch der Uviollampe, der Bangschen Eisenlampe, Hochfrequenzströme, Stauung, sowie Thiosinamin und Kantharidin. Unsicher ist auch die Wirkung der Auskratzung, welcher jedenfalls Verschorfung durch Medikamente oder Glühstift zur Verhütung der Bazillenverschleppung folgen muß, bessere Erfolge und schönere Narben zeitigt der Holländersche Heißluftbrenner; der Paquelin ist nur für kleine oberflächliche Herde zu gebrauchen. Gute Erfolge sah Verf. von dem Alttuberkulin, welches aber mit großer Vorsicht dosiert und mit anderen Kuren kombiniert werden muß, von den neueren Tuberkulinpräparaten aber nicht übertroffen wird. Die lokale Reaktion macht das Tuberkulin besonders für offene Herde geeignet und es wirkt noch günstiger, wenn das lupöse Gewebe vorher durch Pyrogallussäure zerstört wurde. Die Pyrogallussalbe spricht Verf. als das hervorragendste Lupusheilmittel neben der Finsenbelichtung an. Sie zerstört das lupöse, schont das gesunde Gewebe und ist noch wirksamer, wenn noch mit Epithel bedeckte Stellen zuvor durch Auskratzen, Hitze oder noch besser mit dem narbenlos vereisenden Kohlensäureschnee zugänglich gemacht werden. Erwähnt sind noch die Dreuwsche Applikation von Salzsäure, welche aber sehr schmerzhaft ist, ebenso wie das Bestreichen der Herde mit Kalilauge; die Unnasche Spickung mit Liquor stibii chlorat. und Exzision und Transplantation, welche aber nur in der Hand der geschicktesten Meister etwas Bestechendes haben. Zweckmäßig ist stets die Kombination mehrerer Methoden, um das Heilverfahren abzukürzen und die Geduld des Patienten auf keine zu schwere Probe zu stellen.

Max Joseph (Berlin).

Frank. Röntgenbestrahlung und Bogenlichtbestrahlung nach Finsen bei Lupus. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. XIV. 4.

Gelegentlich der Besprechung eines kombinierten Falles weist F. darauf hin, daß nach seinen Erfahrungen Kombination von Röntgen- und Finsentherapie oft von großem Nutzen sei und bestreitet die entgegengesetzte Auffassung Nagelschmidts.

Alfred Jungmann (Wien).



Boggs, Russel. Die Behandlung der Lymphadenitis cervicalis tuberculosa und der tuberkulösen Hauterkrankungen mittelst Röntgenstrahlen. New-York. Med. Journal 1910. Feb. 19. pag. 380.

Die Arbeit enthält nichts neues. Fritz Juliusberg (Posen).

Bunch, J. L. Eine klinische Vorlesung über die Tuberkulose der Haut und ihre Behandlung. The Lancet 1910. Jan. 29. pag. 287.

Bunch behandelt die im Titel angegebene Themen in Form eines Fortbildungsvortrags. Die Arbeit bringt dementsprechend für die Leser dieser Zeitschrift nichts neues. Fritz Juliusberg (Posen).

Winkler, F. Wien. (Klinik Riehl.) Das Auftreten einer Hautreaktion bei der elektrolytischen Einführung von Tuberkulin. Wiener klinische Wochenschrift 1909. Nr. 43.

Bei Personen, welche für Tuberkulin empfindlich sind, erhält man nach der elektrolytischen Einführung von Tuberkulin eine auf die Applikationsstelle beschränkte entzündliche Reaktion, die bei gesunden Personen nicht auftritt. Es handelt sich hier um eine perkutane Tuberkulinreaktion welche nach Winkler mit der Salbenreaktion nach Moro große Verwandtschaft zeigt. Viktor Bandler (Prag).

Nouvney-Mettmann. Können die häufigeren und hochsteigenden Tuberkulingaben in den besonders dazu ausgesuchten Fällen unbedenklich empfohlen werden? Fortschritte d. Medizin. 1909. Nr. 35.

Verf. faßt seine Bedenken gegen die häufigeren und aufsteigenden Tuberkulindosen in 3 Schlußsätzen zusammen.

1. Heilung mit der Möglichkeit, hohe Tuberkulindosen zu geben, scheint auf einer Gewebsveränderung um einem Krankeitsherd herum zu beruhen und ist keineswegs dem Tuberkulin als aktiv immunisierendem Mittel zu verdanken.

2. Alle Tierexperimente sprechen dafür, daß kein Tuberkulin aktiv immunisiert. Zur Steigerung einer spezifischen Immunität scheint auch bei der Tuberkulose das langsame Einwirken lebender Tb.-Bazillen zu gehören.

3. Nur die Einwirkung einzelner kleiner Gaben ist in jedem Krankheitsfalle gestattet. Diese sollen eine Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin und tuberkulöse Prozesse hervorrufen und eventuell längere Zeit unterhalten. Max Leibkind (Breslau).

Thomas. Ein weiterer Beitrag zur Kutanreaktion mit Eisentuberkulin. Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 10. p. 438.

Verfasser teilt die Resultate, die sie durch vergleichende Impfung von 40 Präparanden mit Alttuberkulin, und durch Impfung von anderen 40 Präparanden mit Eisentuberkulin erhalten haben. Alttuberkulin gab in 50%, Eisentuberkulin in 15% positive Resultate. Der Wert des Eisentuberkulins für eine Kutanreaktion beruht zur Zeit darauf, daß bei seiner Anwendung ein positiver Ausfall in zweifelhaften Fällen mit einer großen



Wahrscheinlichkeit für den tuberkulösen Ursprung der klinischen Erscheinungen spricht, während bei zur Zeit tuberkulosefreien Individuen ein solcher zur sorgfältigsten Beobachtung und Vorsicht für die Zukunft auffordert. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Thibierge und **Gastinel**. Intrakutane Tuberkulinreaktion bei Lupus vulgaris. Ihre Anwendung zur Kontrolle der Heilung des Lupus. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1909. p. 684.

Bei 10 hauptsächlich mit Kauterisationen behandelten Fällen von Lupus vulgaris machten Thiebierge und Gastinel intrakutane Tuberkulininjektionen nach der Methode von Mantout. Sie injizierten Dosen von $^1/_{100}$ *mg* Tuberkulin teils im Bereich der narbigen Oberflächen, teils in ihrer nächsten Umgebung. Dabei konnten sie beobachten, daß nach Ablauf der gewöhnlichen Reaktion (Rötung, Schwellung und Infiltration) kleine, lebhaft rote, etwas vorspringende, scharf begrenzte Flecke auftraten, die nach ungefähr zehn Tagen spurlos verschwanden. Thibierge und Gastinel halten diese Flecke für zurückgebliebene lupöse Herde und wollen dieselben weiterhin mit punktförmigen Kauterisationen behandelt wissen. Der Methode messen die Verf. eine große Bedeutung bei, wenn die Heilung behandelter Lupusfälle festgestellt werden soll; zugleich orientiert sie uns über die Lokalisation eventueller zurückgebliebener Herde. Max Winkler (Luzern).

Schuyler, Clark A. New-York. Tuberkulininjektionen in der Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Journ. cut. dis. XXVII. 12.

Schuyler Clark hat Fälle von Erythema induratum, Granuloma nekrot., Lupus erythemat., Lup. vulg. und Skrophuloderma mit Tuberkulin, von den kleinsten Dosen $^1/_{10000}$ *mg* beginnend, behandelt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Behandlungsmethode mit Tuberkulin, bei der Reaktionen folgen, ist gefährlich und nicht gerechtfertigt.

2. Bei Erythema indurat., Granuloma nekrot., Lichen scrophul. und ihren Varianten (Tuberkuliden) hat das Tuberkulin anscheinend einen Heilwert.

3. Lupus erythem. und Lupus pernio sind wahrscheinlich nicht tuberkulösen Ursprungs und werden von Tuberkulininjektionen nicht gut beeinflußt.

4. Bei mit bedeutendem Erythem und Kongestion kombinierten Lupusfällen mit echten Hauttuberkulosen sind sie von Wert.

5. Die Berichte Sängers über Erfolge von Moros Tuberkulinsalbe bei den letztgenannten Fällen sind gut gestützt.

6. Bei Skrophuloderma und tuberkulösen Ulzerationen bewirken Tuberkulininjektionen unter entsprechenden hygienischen und lokalen Maßnahmen Besserung. Rudolf Winternitz (Prag).



Lepra.

Blaschko, A. Das Wiederaufleben der Lepra in Mitteleuropa und seine Ursachen. Dtsch. Med. Woch. Nr. 51. 1909.

Das plötzliche Wiederaufflackern der Lepra in den Ostseeprovinzen während der letzten 5—6 Dezennien erklärt Blaschko auf folgende Weise: Aus einem geographischen und historischen Überblick ist ersichtlich, daß im Mittelalter die schärfsten Isolierungsmaßregeln nicht nur die direkte Ansteckung, sondern auch die erbliche Disposition, welche die Erwerbung der Krankheit erleichtert, erheblich verminderten. Im allgemeinen sind viele Individuen immun gegen den Aussatz, und die Übertragung durch Insekten ist noch unbewiesen. Die Disposition für die Lepra aber vermehrte sich allmählich wieder in den Generationen, welche die Erkrankung nicht mehr fürchteten, und ermöglichte eben dadurch ihr Wiedererscheinen. Allein die Tatsache, daß auch in Ländern, welche zur Zeit noch von Lepra verschont sind, eine Anzahl so Disponierter vorhanden seien, rechtfertige die Vorsichtsmaßregeln gegen die Einschleppung und Verbreitung der Seuche. Ein Fall aus dem Memel benachbarten Kreise Heydekrug erweist, daß diese Vorsicht nicht übertrieben ist. Die Handhabung der nötigen Maßnahmen kann milder gestaltet und lieber den Ärzten als der Polizei übertragen werden, aber völlig unbeaufsichtigt dürfen solche Lepröse nicht bleiben, deren Lebensführung jede persönliche Sauberkeit und geeignete Pflege und Isolierung im eigenen Hause verbürgt. Max Joseph (Berlin).

Kudisch. Lepra tuberosa. Ein Fall von knotiger Lepra. Journal russe de mal. cut. 1909.

Der 68jährige Rabbiner aus dem Mohilewschen Gouvernement, der nach Kiew bloß zu Konsultationszwecken kam, hat sich an dem Vater seiner Schwiegertochter, bei dem er vor 12 Jahren längere Zeit lebte und mit dem er später öfters Begegnungen hatte, infiziert. Letzterer lebt im gleichen Gouvernement. Ol. gynocardii brachte wenigstens subjektive Besserung. 2 Lokalisationstabellen der Sensibilitätsstörungen sind in der Arbeit enthalten. Richard Fischel (Bad Hall).

Kobler, G. Sarajewo. Über das Vorkommen und die Bekämpfung der Lepra in Bosnien und der Herzegowina. Wiener mediz. Wochenschr. 1910. Nr. 3, 4 u. 5.

Die Arbeit enthält interessante statistische Untersuchungsergebnisse über die Ausbreitung der Lepra in Bosnien; die Einzelheiten müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden. Viktor Bandler (Prag).

Fox, Howard. Die Wassermann- und Noguchi-Komplementfixation bei Lepra. Med. society of the state of New-York. Jan. 25. 1910. The Journal of the Americ. Med. Association. 1910. Feb. 12. pag. 557.



Fox kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Man findet bei Leprafällen, bei denen die Anamnese auch die Untersuchung keine Syphilis ergibt, häufig einen positiven Wassermann. 2. Die Reaktion ist manchmal so stark, daß eine komplette Hemmung der Hämolyse eintritt. 3. Die Reaktion findet sich hauptsächlich bei der tuberösen und gemischten Form, besonders bei fortgeschrittenen und aktiven Fällen. 4. Bei der makulo-anästhetischen Form und der rein trophischen ist die Reaktion im allgemeinen negativ. 5. Der Wert der Reaktion wird nicht im geringsten durch die Befunde bei Lepra herabgesetzt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ehlers und **Bourret.** Die Wassermannsche Reaktion bei Lepra. Ugeschrift for Laeger. Nr. 49. pag. 1347—1352.

Verf. haben während der dänisch-französischen Lepraexpedition 44 Leprapatienten mittels der Wassermannschen Reaktion untersucht. 9 Patienten mit Lepra tuberosa reagierten sämtlich positiv, ebenso 6 Patienten mit Lepra mixta. Von 29 Patienten mit Lepra anaesthetica reagierten 27 positiv. Harald Boas (Kopenhagen).

Eliasberg, J. Komplementablenkung bei Lepra mit syphilitischem Antigen. Dtsch. med. Woch. Nr. 44. 1909.

Eliasberg betont, daß er die Komplementablenkung bei Lepra bei Gegenwart des syphilitischen Antigens keineswegs für eine Beeinträchtigung des hervorragenden diagnostischen Wertes der Wassermannschen Reaktion bei Lues ansehe. Das Serum Lepröser hemmte sehr häufig schon allein in der Menge von 0·4 die Hämolyse. Auffallend war die vorwiegende positive Reaktion bei tuberöser Lepra, 25 unter 31 Fällen, im Gegensatz zu dem geringen Prozentsatz bei Nervenlepra, unter 19 Fällen 3 positiv. Die Nastinbehandlung rief eine Abschwächung der Reaktion bis zum Verschwinden hervor. Max Joseph (Berlin).

Raschid, F. Nastin bei der Behandlung der Lepra. The British Med. Journal. 1909. Nov. 6. pag. 1343.

Raschid hat bei drei Fällen von Lepra Deykes Nastin mit gutem Erfolge angewandt. Die drei Fälle zeigten einen Rückgang der Lepraknoten. Fritz Juliusberg (Posen).

Deycke. Theorie und Praxis der Leprabehandlung mit Nastin. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XLV.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Das Nastin B. ist ein spezifisches, d. h. die Lepraerreger direkt angreifendes Mittel. Mit dieser Therapie, vorausgesetzt, daß sie lange genug, konsequent und sachgemäß durchgeführt wird, lassen sich in einem hohen Prozentsatz der Leprafälle mehr oder minder weitgehende Besserungen der leprösen Symptome sowie des Allgemeinbefindens bei den Leprakranken erzielen (nach den Beobachtungen des Verf. an 81 überwiegend tuberösen Fällen in British Guiana, von denen durch diese Behandlung bei 73 Besserungen erzielt wurden). Die unbedingt notwendige staatliche Isolierung der Leprösen unter gleichzeitiger Nastinbehandlung läßt unzweifelhafte Erfolge erhoffen.

Ludwig Waelsch (Prag).



Parasitäre Erkrankungen.

Carter, Markham. Über die Orientbeule. The British Med. Journal. 1909. Nov. 6. p. 1333.

Carter weist auf seine Untersuchungen über die Erreger der Orientbeule hin. Man muß mehrere Formen dieser Erkrankung unterscheiden, denen wohl auch verschiedene Formen des Erregers entsprechen. In Indien kommen mehrere Formen vor und zwei weitere Typen in Arabien. Fritz Juliusberg (Posen).

Bremener, M. und **Bronstein**, O. Zwei Fälle von Orientbeule. Medizinskoje Obosrenije. 1909. Nr. 18.

Bei einem 27jährigen Beamten zwei Monate nach Rückkehr vom Orient (Transkaspisches Gebiet) entwickelte sich am linken Backenknochen nahe dem Augenwinkel eine Hautläsion in Form von einer dunkelroten, unregelmäßigen, wie wenn durch Konfluenz einiger Papeln entstandene, Plaque mit nicht geschwüriger Oberfläche (papulöses Stadium). In der Gegend des linken Ellenbogens ein kleines mit einer Kruste bedecktes Geschwür dunkelroter Farbe mit harten Rändern. Der zweite Kranke, ein 17jähriger Seminarist, Bruder des ersten Patienten, erkrankte auch zwei Monate nach seiner Abreise aus Merw. Bei ihm sind 7 etwa erbsengroße Geschwüre vorhanden (4 an dem linken Unterschenkel, 2 auf der Rückseite der rechten und 1 auf der linken Hand). In den Ausstrichpräparaten aus den vom Grunde der Geschwüre ausgerissenen Granulationen wurde eine große Menge von Parasiten — Ovoplasma orientale (Marzinowsky-Wright) gefunden, teils intrazellulär, teils freigelegen. Der Ausfall der Wassermannschen Reaktion war negativ. Charakteristisch ist die vollkommene Schmerzlosigkeit der Geschwüre, sogar bei Ausreißen der Granulationen, und das Fehlen jeglichen Einflusses auf das Allgemeinbefinden der Kranken. P. A. Welikanow (Petersburg).

Marzinowsky, E. Über die Kulturen von Leishmania tropica (s. Ovoplasma orientale, s. Helkosoma tropicum), dem Parasiten der „Orientbeule". Medizinskoje Obosrenije. 1909. Nr. 18.

Als Material dienten die zwei Fälle von Bremener und Bronstein (Med. Obosr. 1909. Nr. 18). Verfasser betont auch die Schmerzlosigkeit der Granulationen, was einen großen diagnostischen Wert hat; erst wenn Heilung und Narbenbildung anfängt, werden die Granulationen schmerzhaft. Das Ausreißen der Granulationen aus dem Geschwür und Ausstriche aus ihnen ist das einzig sichere Verfahren zum Auffinden des Parasiten; die Ausstriche werden in Giemsascher Lösung gefärbt. Um den Parasiten in Reinkultur zu züchten, bediente sich Verfasser des Nicolleschen Nährbodens, sowie auch des menschlichen Blutes, welchem etwas von einer 10% Natr. citric.-Lösung beigemischt wird. Kleine Stückchen von Granulationen oder vom Geschwür selbst (nach dessen

Ausschneiden) werden auf den Nährboden gebracht und dann in ein Termostat bei 37°. Beim Züchten auf dem Nicolleschen Nährboden werden die Stückchen in das Kondensationswasser versenkt. Parallel mit der Untersuchung von Kulturen wurde auch die Untersuchung vom Gewebe des Geschwüres geführt; auf diese Weise wurde vom Verfasser der Entwicklungszyklus des Parasiten nicht nur in der Kultur, sondern auch im menschlichen Organismus verfolgt. In welchem Stadium seiner Entwicklung der Parasit zuerst in den menschlichen Organismus dringt, bleibt noch unbekannt. Der Arbeit sind zahlreiche Mikrophotogramme und ein Schema der Entwicklung des Parasiten beigelegt.

P. A. Welikanow (Petersburg).

Breda, A. Über die brasilianische Framboesie oder Bouba nach den letzten Arbeiten. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1909. p. 640.

Die Bouba unterscheidet sich von den anderen zwei Framboesien und besonders von der Yavs durch den Monomorphismus, Sitz und Typus der Effloreszenzen; durch den ununterbrochenen Verlauf; durch die Schmerzlosigkeit und Nichtkontagiosität ihrer Elemente; die häufige Erkrankung der Mukosae, die Unversehrtheit der Schultern unter der Haut und Schleimhaut (Lymphbahnen und einige Knorpel ausgenommen); durch ihre Unhaltbarkeit, wenn die Schleimhäute befallen sind; den Widerstand gegen den Einfluß von Jod und Quecksilber in den verschiedensten Kombinationen, Präparaten und Applikationen, wenn auch der Allgemeinzustand des Patienten der allerbeste wäre. Das von Castellani bei an Yavos Erkrankten gefundene Treponema pertenuis wurde niemals bei Boubas konstatiert. Die bei Boubaskranken von Breda gefundenen Bazillen sind dieser Affektion eigen.

Costantino Curupi (Prag).

Gosman, George. Zwei Fälle von Creeping disease. The Journal of Americ. Med. Association. 1900. Jan. 1. p. 38.

Gosman berichtet über zwei Fälle der seltenen Creeping disease. Im ersten Fall begann die Erkrankung am rechten Knöchel, heilte dort und trat dann auf dem Rücken der rechten Hand auf. Im zweiten Fall waren beide Füße befallen. In beiden Fällen gelang es dem Autor nicht, die Gatrophiluslarve zu finden. Fritz Juliusberg (Posen).

Costa, Emilio. Padua. Zwei wichtige Hautparasiten. Journ. cut. dis. XXVIII. 1.

Ein 10 Monate altes, von Brasilien heimkehrendes Kind, das Costa untersuchte, hatte mehrere mandarinengroße Schwellungen am Kopfe, die bei ihm nach Schlafen auf dem Felde entstanden waren. Die Schwellungen waren weich, elastisch, resistent, scharf abgegrenzt von der Umgebung, jedoch auf der Unterlage nicht verschieblich; auf der Spitze waren kleine Öffnungen, aus denen ein schaumiges, weißliches, fadenziehendes Sekret kam; aus der Tiefe ließ sich mit Sonde ein segmentierter 14 *mm* langer, 7 *mm* breiter, rundlicher, mit Haken versehener Parasit entfernen, der offenbar die Larve einer amerikanischen Fliege darstellt



(die Dermatobia noxialis, beschrieben von Humboldt, Goudot, Blanchard, Gradenigs, Breda, Howship, Brauer). Die Larve gelangt entweder durch das Fliegenweibchen, das die Eier ablagert, oder direkt von Bäumen in die menschliche Haut, dringt in den Haarfollikel, welcher erweitert und peripher stark infiltriert wird. Die Heilung geschieht mit Applikation von Tabakblätterbrei oder einer luftdichten Paste, durch welche die Larve erstickt oder eines kleinen Wattekügelchens getränkt mit 4% Karbolsäure. Eine halbe Stunde nach Applikation des letzteren hört das Stechen und Jucken, bedingt durch den Parasiten, auf, und letzterer ist leicht zu entfernen.

Der zweite Parasit ist die Sarcopsylla penetrans, die gleichfalls bei einem 11jährigen Kinde auf derselben Reise nachgewiesen wurde. Die Sarkopsylla wurde von Amerika auf Afrika und Madagaskar verpflanzt. Das Weibchen bohrt sich mit dem Kopf in die Haut, der mittlere Teil des Leibes schwillt zur Zeit der Ovulation beträchtlich an, es entwickeln sich in demselben zahlreiche Eier, später Larven. Namentlich die Zwischenzehenfalten und Nagelfalze, aber auch Skrotum, Penis, Gesicht und Hände werden ergriffen, in der Zeit der Ovulation tritt heftige Entzündung und unerträgliches Jucken der betreffenden Partien ein.

Die beste Therapie besteht in Emporhebung der Epidermis und Entfernung des ganzen Parasiten, bevor es zur Ulzeration kommt, Applikation von grauer Salbe, Kampheralkohol, Tabaksaft etc. Prophylaktisch ist Reinhaltung der Böden und dichte Fußbekleidung zu empfehlen.

Rudolf Winternitz (Prag).

Nicolau. Die Trichophytie des behaarten Kopfes in Rumänien (Trichophyton violaceum). Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1909. Nr. 11. p. 610.

Sehr exakte und eingehende Untersuchungen hat Nicolau über den Erreger der Trichophytie des behaarten Kopfes in Rumänien unternommen. Verf. konnte in der Petrinischen Klinik 45 Fälle untersuchen.

Das klinische Bild war charakterisiert durch oberflächliche, meistens kleine Herde mit trockener Schuppenbildung und abgebrochenen Haaren. Pustelbildung fehlte vollständig. In einigen Fällen bestand Ähnlichkeit mit der Mikrosporie. Als Erreger der Affektion konnte in sämtlichen Fällen das Trichophyton violaceum festgestellt werden. Nicolau beschreibt das Wachstum des nach der Methode von Sabouraud gezüchteten Pilzes auf den verschiedensten Nährböden und äußert sich über die Morphologie und die Varietäten der Kulturen. Die Fortpflanzung des Pilzes wurde im hängenden Tropfen studiert. Verf. konnte endogene und exogene Sporenbildung beobachten, im letzteren Falle kamen trauben- und maulbeerförmige Gebilde zustande. Der Inokulationsversuch auf Tiere fiel stets negativ aus.

Das histologische Bild der Affektion wies keine Besonderheiten auf, nur fand Nicolau eine ziemlich starke Infiltration in der Kutis.

Max Winkler (Luzern).



Dalla Favera. Antwort auf die Kritik von Sabouraud betreffend meine Arbeit „Über die Trichophytien der Provinz Parma“. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1909. Nr. 11. p. 653.

Eine kurze Replik des Verfassers. Max Winkler (Luzern).

Jenkins, Lynn. Die Behandlung der Kopftrichophytie. The British med. Journal. 1910. Jan. 29. p. 260.

Jenkins empfiehlt das Oleum ligni sassafras zur Behandlung sowohl der Pediculosis capitis wie der Trichophytie des Kopfes. Das Haar der affizierten Stellen wird kurz geschnitten und das Öl zweimal täglich mit einem Pinsel eingerieben. Da Reizungen nicht auftreten, kann man die Behandlung wochenlang fortsetzen. Fritz Juliusberg (Posen).

Chajes. Berlin-Schöneberg. Über das Vorkommen von Mäusefavus beim Menschen. Med. Klinik. Nr. 4. 1910.

Chajes beobachtete in seiner Praxis einen Hautfavus bei einem jungen Mann, der anscheinend durch Mäuse übertragen war. Die bakteriologische, wie mikroskopische Untersuchung bewiesen ebenso wie Tierimpfungen die Richtigkeit der Diagnose. Ludwig Zweig (Dotmund).

Delbanco, E. Mikrosporie. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzung v. 15. Febr. 1910.

Fünf Fälle von Mikrosporie, von denen drei durch das Mikrosporon Audouini, zwei durch das Mikrosporon lannosum (M. canis Bodin) verursacht sind. Die letztere Form kommt schon seit Jahren sporadisch in Hamburg vor, während die Fälle der ersteren sich erst jetzt in Hamburg zu häufen scheinen. Behandlung mit Röntgenstrahlen.
F. Lewandowsky (Hamburg).

Plaut, H. C. Mikrosporie. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzung vom 15. Febr. 1910.

Von 1898 bis 1909 hat Plaut nur 3 in diesem Jahr, dagegen schon 5 Fälle von Erkrankung durch Mikrosporon Audouini beobachtet. Es scheint, daß sich diese vom epidemiologischen Standpunkt gefährlichere Form gegenüber der schon immer vorhandenen Mikrosporie tierischen Ursprungs (M. lannosum s. canis Bodin) jetzt in Hamburg auszubreiten beginnt. Zur Sichtbarmachung der Pilze in Schuppen und Haaren empfiehlt Plaut statt des bisher üblichen Erwärmens in Kalilauge die Anwendung von 25% Antiforminlösung. Die natürliche Lage der Pilze bleibt so besser erhalten, die Präparate halten sich bis 24 Stunden.
F. Lewandowsky (Hamburg).

Adamson, H. G. Die hauptstädtische Asylamtsschule für Ringworm; Brit. Journ. of Dermat. Febr. 1910.

Von 750.000 Kindern, welche in London die öffentlichen Volksschulen besuchen, leiden jährlich mindestens 2950 an Ringworm der Kopfhaut; von den 20.000 jugendlichen Pfleglingen der Armenanstalten sind etwa 800 von der Krankheit befallen. Für die Behandlung der ersten, größeren Gruppe, bestehen erst die Anfänge einer behördlichen Fürsorge; dagegen ist für die Kinder der zweiten Gruppe seit 1901 ein



eigenes Schulinternat eingerichtet, das einmal in der Woche den Besuch des leitenden Dermatologen erhält und in dem zwei „X-Strahlenassistenten", jeder an einem Tage der Woche, tätig sind. Vor Einführung der Röntgenbehandlung währte die Behandlungszeit durchschnittlich 19 Monate, jetzt sind 4 Monate erforderlich. Ausgerottet wird aber durch die Ringwormschule das Leiden in den Armenanstalten nicht, weil es in diese immer wieder durch solche Kinder eingeschleppt wird, die vorher öffentlichen Schulen oder Ferienkolonien angehört haben.

Paul Sobotka (Prag).

Saunin. Beiträge zum Studium der Aktinomykose. Revue médicale de la Suisse romande. 1909. p. 780.

Saunin hat zwei Fälle von Aktinomykose beobachtet, bei denen sich die Veränderungen im Unterhautzellgewebe entwickelten und die Injektionspforte nicht festgestellt werden konnte. Der erste Fall heilte auf eine Inzision und heiße Lysoformumschläge, beim zweiten Falle, wo keine Aktinomykeskörner gefunden wurden, trat die Heilung erst nach Verabreichung von K-J. ein. Max Winkler (Luzern).

Coley, William. Fall von Blastomykose mit Epitheliom des Unterkiefers. Ass. for Cancer Research. Nov. 27. 1909. The Journal of Americ. Med. Association. 1910. Jan. 29. p. 399.

Coley berichtet über einen eigenartigen Fall von Tumorbildung. Die Diagnose der Blastomykose ist nicht sichergestellt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Butler, A. Graham und **Welsh**, D. A. Über einen Fall von Botryomykose beim Menschen. Edinburgh Med. Journ. Febr. 1910.

Im Juli 1909 wurde ein 4jähriger Knabe wegen einer Geschwulst an der Außenseite des linken Auges unter der Diagnose Sarkom ins Kgl. Prinz Alfred-Spital aufgenommen. Die Inzision ergab fibröses Granulationsgewebe und spärlichen, von zahlreichen gelben Körnchen erfüllten Eiter, ähnlich dem bei Aktinomykose. Auf energische chirurgische Behandlung und Jodkali erfolgte Heilung. Die Untersuchueg des Eiters durch V. konnte die Diagnose Aktinomykose nicht bestätigen; es fanden sich Körner, die ausschließlich aus Kokkenmassen bestanden, aber kein Myzel. Die Kulturen erinnerten an die von Staph. pyog. aureus.

Bald darauf gelangte ein Fall von Botryomykose beim Pferde zur Untersuchung. Der Tumor bestand aus dichtem fibrösem Gewebe, durchsetzt von Abszessen und Fisteln, die einen klebrigen, von zahlreichen gelben Körnchen durchsetzten Eiter enthielten. Diese Körnchen erwiesen sich als Anhäufungen ziemlich großer, grampositiver Kokken. Der mikroskopische Befund des Eiters deckte sich einerseits vollständig mit dem gewöhnlich bei Botryomykose erhobenen, andererseits mit dem des vorerwähnten klinischen Falles. Auch die Kulturen ergaben gleiche Resultate, hingegen wiesen die Impfversuche Unterschiede auf, die vielleicht durch Virulenzverschiedenheit zu erklären sind. V. sind, wenn auch die Versuche noch fortgesetzt werden, doch der Ansicht, daß es sich um einen Fall von Botryomykose beim Menschen gehandelt habe.

Wilhelm Balban (Wien).



Rothe, L. Über die Agglutination des Sporotrichon de Beurmann durch Serum von Aktinomykosekranken. Dtsch. med. Woch. Nr. 1. 1910.

Rothes Erfahrungen bestätigen die von Widal gefundenen Koagglutinationen des Sporotrichon durch aktinomykotisches Serum. Beide Patienten standen im siebenten Lebensjahrzehnt, der eine zeigte mehrfache Knoten an den Extremitäten, der andere eine Geschwulst der Leistengegend, von welcher Infiltrationen über den Bauch ausgingen, in beiden Fällen lagen Fistelbildungen vor. Im Eiter der Fisteln und Abszesse fanden sich Aktinomyzesdrüsen. Der eine Fall, welcher ein geschwächtes Individuum betraf, führte zum Tode, der andere heilte nach chirurgischen Eingriffen unter Jodkalimedikation. Das Agglutinationsverfahren ist folgendes: Emulsionen des Sporotrichon de Beurmann, welche auf 5% Glykoseagar gewachsen waren, werden im Mörser zerrieben, in physiol. Kochsalzlösung suspendiert, durch feuchte Filter filtriert, mit 5% Karbolwasser versetzt. Mit dieser Emulsion agglutinierte das Serum des einen Aktinomykosekranken in einer Verdünnung von 1:160, das andere 1:200. Normalsera ergaben negative Resultate. Verf. sieht in der Anwendung dieser Serumagglutination ein diagnostisches Hilfsmittel bei unklaren Fällen. Max Joseph (Berlin).

Bloch, Br. Zur Diagnose und Therapie der Sporotrichose. Therapeutische Monatshefte. 1910. XXIV. Bd. p. 24.

Verf. gibt das klinische Bild der wenig bekannten und wenig beschriebenen, aber nicht so ganz seltenen, meist die Haut und das Unterhautzellgewebe befallenden Affektion und erörtert die Differentialdiagnose besonders gegenüber tertiärer Lues und Tuberkulose. Für den praktischen Arzt besonders wichtig wird die Krankheit durch ihre extrakutanen Formen, namentlich des Knochensystems und der Schleimhaut. Neben den gewöhnlichen, benignen Formen mit dem Charakter einer subakuten oder chronischen Entzündung gibt es auch „kokkoide“ mit akut stürmischem, einer Strepto- oder Staphylokokkeninvasion ähnelndem Verlauf. Ätiologisches Moment ist das Sporotrichum Beurmanni, ein saprophytischer, auf Vegetabilien (Gemüse, Salat, Gramineen) gefundener Pilz. Therapeutisch wirkt das Jod geradezu spezifisch, der Erfolg großer, längerer Zeit gegebener Jodkalidosen ist fast noch sicherer als bei tertiärer Lues. Daß die beiden ätiologisch so verschiedenen Krankheiten so prompt auf Jod reagieren, gibt dem Gedanken Raum, daß das Jod seine Wirkung nur gegen das neugebildete Gewebe richtet, das ja bei beiden Affektionen histologisch sehr ähnlich ist. Diese Annahme wird auch durch einige diesbezüglichen Erfahrungen (Versagen des Jods bei der Prophylaxe, Inokulation u. a.) gestützt. V. Lion (Mannheim).

Rispal und **Dalous**. Zwei Fälle von Sporotrichose. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1909. p. 689.

Über zwei Fälle von Sporotrichose berichten Rispal und Dalous. Beim ersten Fall bestanden typische Hautläsionen, beim zweiten Fall hatte man den Eindruck, als handelte es sich um eine Knochen-

und Hauttuberkulose. Am linken Fußrücken bestanden Schwellung, Rötung und eine frankstückgroße Ulzeration, daneben ein Knochenherd am Metatarsus III, der zur Resektion führte. Der Kulturversuch war in beiden Fällen positiv und das Jodkalium brachte Heilung.

Max Winkler (Luzern).

Arndt. Beitrag zur Kenntnis der Sporotrichose der Haut, mit besonderer Berücksichtigung der Lymphangitis sporotrichotica. Experimentelle Sporotrichose. Dermatol. Zeitschr. 1910. p. 24.

Arndts Fall ist der erste in Deutschland beobachtete dieser Art. Er betrifft einen 29jährigen Packer, dessen Hautaffektion im Anschluß an eine Verletzung mit einer Kiste oder einem Nagel entstanden ist. Die Differentialdiagnose der im Verlaufe der Erkrankung entstandenen Geschwüre gegen Tuberkulose und Rotz ergab sich durch den negativen Ausfall des Tierexperimentes, gegenüber anderen Erkrankungen durch die Züchtung des Pilzes aus den noch geschlossenen Knoten. Die Pathogenese in Arndts Fall ist die gewöhnliche, Verunreinigung einer Wunde durch Pflanzenbestandteile, in diesem Falle durch Heu. Arndt beschreibt eingehend seine experimentellen Impfungen auf Mäuse, Ratten und Affen, über deren Gesamtresultate in einer späteren Arbeit berichtet werden soll. Therapeutisch hat sich das Jod außerordentlich bewährt.

Fritz Porges (Prag).

Fischer, W. Über die Phthiriasis der Zilien und des Kopfhaares. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. L.

Beschreibung eines Falles von Phthiriasis der Zilien und des Kopfhaares. Fischer glaubt, daß die Parasiten an Stellen mit bestimmten Sekretionsprodukten (Scham- und Achselhaare) gebunden sind oder wenigstens sich dort mit Vorliebe aufhalten. Will man die selteneren Fälle der Ziliar- und Kopfphthiriasis mit dieser Hypothese in Zusammenhang bringen, so müßte man eine Umstimmung im Sekretionschemismus des betreffenden Individuums annehmen, der die Parasiten von den sonst befallenen Prädilektionsstellen vertreibt. Ludwig Waelsch (Prag).

Laird, John. Das Lebendigbleiben der Krätzmilbe in Kleidungsstücken. British Med. Journal. 1910. Jan. 29. p. 261.

Laird berichtet von einem Krätzekranken, der sich durch Handschuhe, die er vor seiner ersten Skabiesinfektion getragen, dann auf Monate beiseite gelegt hatte, wieder infiziert hat.

Fritz Juliusberg (Posen).

Sonstige Dermatosen.

Pollitzer, S. New-York. Die Ätiologie der Psoriasis. Journ. cut. dis. XXVII. Nr. 11.

Die Suche nach der Ursache der Psoriasis ist bisher erfolglos geblieben. Weder konstitutiolle Änderungen, welche mit Rheumatismus

und der Gicht zusammenhängen — Pollitzer bezieht sich auf die Kritik Whites und die Stickstoffbestimmungen von Johnston und Schwartz — noch die Abnahme roter Blutkörperchen und des Hämoglobins (Zelenew) im Blute, noch Ernährungsverhältnisse, Störungen im Nervensystem (Besnier, Polotebnoff, Weyl), Laktation und Schwangerschaft können als ätiologisch ernstlich in Frage kommen. Die Hebrasche Annahme, daß nur sonst gesunde Leute an Psoriasis erkranken, ist hinfällig (Duhring), die von zahlreichen Autoren behauptete Heredität erscheint ihm nicht gestützt. Dagegen weist er auf zahlreiche Momente — periphere Ausbreitung und Kreisform, Ausheilung im Zentrum, Wirksamkeit von Antiseptizis — hin, welche für eine infektiöse Ätiologie der Psoriasis sprechen. Auch die Ähnlichkeit, vielleicht Zusammengehörigkeit mit dem Eczema seborrhoicum — Unna hat dieselbe ausgesprochen, Török schließt die Seborrhoea (corposis Duhring) in die Psoriasis, Darier beschrieb gewisse Ekzematide als Psoriasiform — läßt für Psoriasis ebenso nur infektiöse Ätiologie annehmen als für das Eczema seborrhoicum. Rudolf Winternitz (Prag).

Schamberg, Jay Frank (Philadelphia). Die Frage bezüglich Parasitismus der Psoriasis. Journ. cut. dis. XXVII. Nr. 11.

Schamberg formuliert die Möglichkeiten einer parasitären Ätiologie der Psoriasis folgendermaßen: 1. das infektiöse Agens zirkuliert im Blute oder 2. es wird von außen implantiert; 3. der betreffende Keim ist ein gewöhnlicher fakultativer Parasit, stets auf der Haut, der bei konstitutionell hiezu Prädisponierten einen guten Boden findet.

Für keine dieser Annahmen kann er strikte Beweise beibringen.

Dagegen führt er zahlreiche Fälle familiärer Erkrankung an, darunter auch solche, wo zuerst Kinder und später Eltern erkrankt sind, Psoriasis bei Eheleuten; weiters ein nicht klares Experiment einer Überimpfung von Psoriasis auf einen Mann; endlich eine Reihe von eigenen Impfexperimenten und Beobachtungen, sowohl eigene als fremde (Koebner, Simon, Neumann, Wützdorff), in welchen bei Patienten mit Psoriasis auf äußere Traumen an den betreffenden Stellen Psoriasisherde auftreten. Doch scheint in den positiven Fällen die Krankheit gerade im Aufstieg gewesen zu sein. Schließlich spricht er sich dahin aus, daß es heute unmöglich sei, den Parasitismus der Psoriasis zu behaupten oder in Abrede zu stellen.

In der Diskussion weist Duhring auf den günstigen Einfluß eines Klimawechsels bei einzelnen Fällen hin, Bulkley bleibt bei seiner Anschauung, daß ein gestörter Stoffwechsel der Hauptfaktor in der Produktion der Psoriasis sei, Montgomery streift die schwere differentielle Diagnose zwischen Ekzem, Seborrhoe und Psoriasis. Pernet hält den Umstand, daß ein oder zwei Herde lange einem allgemeinen Ausbruch vorhergehen, für parasitäre Ätiologie sprechend.

Rudolf Winternitz (Prag).

Bruck, A. W. Mineralstoffwechsel und Säuglingsekzem. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Nov. 1909. p. 478.



Finkelstein vertritt die Ansicht, daß die Molkensalze der Kuhmilch das konstitutionelle Säuglingsekzem ungünstig beeinflussen, wogegen eine fett- und eiweißreiche, aber gleichzeitig salzarme Nahrung die Heilung des Ekzems befördere. Auf Grund einer Reihe von Beobachtungen und Stoffwechselversuchen, die Bruck an der Heidelberger und Breslauer Kinderklinik angestellt hat, kommt er zu folgenden Resultaten: Mit der Darreichung von Finkelsteinscher Suppe geht eine Entsalzung des Organismus einher, doch ist diese für das Kind kein zweifelloser Vorteil, denn erstens führt sie nicht immer zu einer Besserung des Ekzems und zweitens ist nach einer längeren Periode der Ernährung mit Finkelstein-Suppe in manchen Fällen der Organismus nicht mehr im stande, physiologische Mengen von Salzen aufzunehmen, ohne Schaden zu erleiden.

Engere Beziehungen zwischen Salzstoffwechsel und Ekzem lassen sich nicht nachweisen. C. Leiner (Wien).

Rubens. Ein Fall von Einwirkung von Masern auf Psoriasis vulgaris. Dtsch. med. Woch. Nr. 3. 1910.

Der seit 14 Jahren an heftig auftretender Schuppenflechte leidende Patient Rubens' erkrankte an Masern, die normal verliefen und deren Diagnose auch durch die gleiche Erkrankung der beiden Kinder des Pat. bestätigt wurde. Am 3. Tage nach Ausbruch des Masernexanthems fielen plötzlich die Psoriasisschuppen in ungeheurer Menge ab, die Schuppenflechte ist seitdem mit Hinterlassung leichter Verfärbungen völlig verschwunden, auch die vorher am stärksten affizierte Kopfhaut vollständig frei. Zur Erklärung dieses eigentümlichen Vorgangs äußert Verf. zwei Vermutungen: entweder übte die durch die Masern hervorgerufene Hyperämie einen heilenden Einfluß auf die Psoriasis oder die Psoriasis sei nach Lassars Theorie eine Infektionskrankheit und hier das schwächere Virus dem stärkeren unterlegen. Max Joseph (Berlin).

Friedjung, K. Einwirkung von Masern auf Psoriasis vulgaris. Dtsch. med. Woch. Nr. 8. 1910.

Bei einem 4jährigen Mädchen, welches Friedjung wegen einer zwei Jahre lang bestehenden schweren Psoriasis behandelte, traten Morbillen ein, die sich mit einer bald heilenden Pneumonie komplizierten. Während der Masern fielen die Psoriasisschuppen massenhaft ab, in der Rekonvaleszenz waren nur noch Pigmentflecke an Stelle der früheren Eruptionen sichtbar. In den 12 Jahren, die seitdem verliefen, hat Verf. die Patientin dauernd beobachtet und nur vereinzelte leichte Eruptionen gesehen, welche nach Chrysarobin schnell verschwanden. Von dem schweren Zustand, unter welchem das Mädchen früher litt, blieb es seit der Masernerkrankung befreit. Max Joseph (Berlin).

Feilchenfeld, Leopold. Über eine durch Handschuhfarbe hervorgerufene Hautentzündung. Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 47. 1909.

Bei einem jungen Mädchen bestand an mehreren Fingern beider Hände eine schmerzhafte, bewegungshindernde Rötung und Schwellung,



als deren Ursache Feilchenfeld nach sorgfältiger Nachforschung die Farbe gelbgefärbter, wildlederner Handschuhe feststellen konnte. Da es in der warmen Jahreszeit war, hatte die Farbe sich bei stärkerem Schwitzen gelöst und war durch das Leder in die Haut gedrungen. Nachdem die Schädlichkeit entfernt war, erfolgte unter Ichthyolsalbe die Heilung. Max Joseph (Berlin).

Bruck, C. Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Arzneiexantheme. Berliner klinische Wochenschrift. 1910. Nr. 12.

Verfasser stellt durch eine Reihe interessanter Experimente fest, daß einige Arzneidermatosen auf Anaphylaxiephänomene zurückgeführt werden können, die man bisher mit „Idiosynkrasie" zu erklären versuchte. Er zeigt, daß das disseminierte Tuberkulinexanthem auf einer experimentell nachweisbaren spezifischen Anaphylaxie beruht, und daß der Nachweis der Anaphylaxie durch passive Übertragung bei normal auf Tuberkulin reagierenden Tuberkulösen nicht gelingt. Es gelang dem Verf. ferner, in einem Fall von Jodoformidiosynkrasie festzustellen, daß die Jodoformidiosynkrasie zuweilen durch eine echte experimentell nachweisbare Anaphylaxie des menschlichen Körpers gegenüber dem Jodoform bedingt ist. Dabei ist besonders erwähnenswert einmal, daß das Jodoform im Tierkörper auch vom subkutanen Wege Überempfindlichkeitsreaktionen auslöst, dann, daß hier eine Anaphylaxie gegenüber einem chemisch definierten Körper vorliegt. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Fischer, Franz. Über Arzneiexantheme nach Gebrauch von Xeroform, Anästhesin und Terpentinöl. Dermatologisches Zentralblatt. 1910. Nr. 5.

Kasuistik selbstbeobachteter Fälle. Rudolf Krösing (Stettin).

White, Prosser. Zwei Fälle von akuter Dermatitis, verursacht durch Kaliumbichromat. The Lancet. 1910. Jan. 29. p. 297.

White berichtet über zwei Fälle von gewerblichen Dermatitiden, wobei das Kaliumbichromat das schädigende Agens bildete. Es handelte sich in beiden Fällen um Arbeiter, die mit dem Färben von Strümpfen zu tun hatten. In diesen zwei Fällen waren befallen: der Rücken der Hände, beide Unterarme und die Oberarme, soweit sie frei waren, der obere Teil der Brust, das Kinn und auch in geringerem Grade das Gesicht. Teilweise handelte es sich nur um ein Erythem, teilweise war es auch zu nässenden Flächen und zu Krustenbildungen gekommen. Die Affektion heilte schnell unter indifferenter Behandlung ab. Auffallend waren die geringen subjektiven Beschwerden, die die Dermatitis verursachte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Potthoff, E. W. Dermatitis durch Vioform. The Journal of the Americ. Med. Association. 1910. März 5. p. 792.

Potthoffs Patientin bekam nach Applikation von Vioform auf ein Ulcus cruris eine sich verallgemeinernde Dermatitis und eine Purpura. Nach Aussetzen des schädigenden Agens heilten die Erscheinungen schnell ab. Fritz Juliusberg (Posen).



Schäffer. Exanthema vegetans ex usu Bromi. Ikonographia dermatologica. Fasz. IV. 1909.

Die Hautveränderungen der 35jähr. Patientin, die hauptsächlich an der Streckseite der Extremitäten lokalisiert sind, charakterisieren sich anfangs durch hirsekorn- bis erbsengroße Bläschen, von einem entzündlichen Saume umgeben, die sich später in drusige Wucherungen von bräunlicher Farbe umwandeln. Das Ausstrichpräparat des Blaseninhalts zeigt zahlreiche Staphylokokken. Die histologische Untersuchung einer Primäreffloreszenz ergibt das Vorhandensein großer Leukozytenmassen, die nach der Oberfläche durchbrechen, während das Epithel in die Tiefe wuchert; die vegetierenden Stellen zeigen hochgradige Epithel- und Bindegewebswucherungen mit Abschnürung einzelner Teile des Papillarkörpers.

Die Anamnese ergab, daß die Kranke mehrere Wochen hindurch ca. 3 *g* Brom pro Tag eingenommen hatte. Wilhelm Balban (Wien).

Bilinkis, Lea. Über die Ausscheidung von anorganischem und organisch gebundenem Brom durch den Urin nach Einfuhr organischer Brompräparate. Therap. Monatshefte 1910. XXIV. Bd. H. 2.

Die Versuchsergebnisse der Verf. sind folgende: Die in den Organismus eingeführten Bromalkalien werden als solche und niemals an organische Substanz gebunden durch den Urin ausgeschieden. Durch den Stuhl kommt wenig oder kein Brom zur Ausscheidung. Die organischen Brommedikamente der aliphatischen Reihe werden im Organismus so zerlegt, daß der größte Teil des Broms als Alkalibromid zur Ausscheidung gelangt, doch geht auch ein Teil als organisch gebundenes Brom in den Urin über. Die einzelnen Präparate verhalten sich hierin verschieden. Aromatische Verbindungen, bei denen das Brom am Ring haftet, spalten im Organismus kein Brom ab. V. Lion (Mannheim).

Näcke. Ein seltener Fall von Nikotinausschlag. Münch. mediz. Wochenschr. 1909. Nr. 50.

Mitteilung eines interessanten Falles von Ausschlag, hervorgerufen durch Nikotinvergiftung. Ein mit einer Psychose behafteter Patient trank einen Topf Kaffee aus, in den von einem anderen Kranken 7—10 *g* Kautabak hineingeworfen war. Danach Auftreten eines Exanthems am anderen Morgen, das am ganzen Körper, besonders aber am Rumpf lokalisiert war und einen fleckigen scharlachähnlichen Charakter hatte, jedoch etwas erhabener war und stark juckte.

Tags darauf noch weitere Ausbreitung des Ausschlags, dann allmähliches Abblassen und Schwinden innerhalb von 4 Tagen. Daneben bestanden deutliche Zeichen einer akuten Nikotinvergiftung (Erbrechen, Nausea, Kopfschmerzen, Pupillenungleichheit), so daß an dem toxischen Ursprung des Exanthems nicht zu zweifeln war. Der Fall ist besonders bemerkenswert, weil wir in der Literatur nur wenig von Exanthemen im Gefolge von Nikotinvergiftung erwähnt finden.

Oskar Müller (Recklinghausen).



Zinsser. Hautreizende Wirkung von Efeu. Münchener mediz. Wochenschr. 1909. Nr. 52.

Interessante Mitteilung eines Falles von stark juckender Dermatitis, die zweifellos durch Berührung mit Efeu hervorgerufen worden ist.
Oskar Müller (Recklinghausen).

Hann, Reginald. Ein letal endigender Fall von Phosporvergiftung mit ungewöhnlichen subkutanen Hämorrhagien. The Lancet. 1910. Jan. 15. p. 163.

Hanns Fall von Phosphorvergiftung ist dadurch bemerkenswert, daß er mit großen subkutanen Blutungen verbunden war; besonders große purpurfarbene Herde saßen am Gesäß und an den Beinen.
Fritz Juliusberg (Posen).

Weinreich. Zur Vergiftung mit Holzessig. Therapeutische Monatshefte. 1910. Bd. XXIV. p. 104.

Todesfall nach Spülungen in die Vagina und den Uterus (zur Herbeiführung einer künstlichen Frühgeburt) mit rohem Holzessig. Derselbe roch bedeutend stärker nach Essigsäure als offizineller Holzessig. Die Giftwirkung des (rohen oder rektifizierten) Holzessigs kommt der Essigsäure zu und es ist immerhin eine gewisse Vorsicht in seiner Anwendung geboten. V. Lion (Mannheim).

Schamberg, Jay Frank. Philadelphia. Kornjucken (eine urtikariaähnliche Milbendermatitis): eine Studie einer hierzulande neuen Erkrankung. Journ. cut. dis. XXVIII. 2.

Seit 1901 ist in der Nachbarschaft von Philadelphia und in den letzten Jahren in Indiana, Ohio und anderen Staaten, von Schamberg und anderen Autoren beobachtet, eine Hauterkrankung von urtikariellem Charakter mit heftigem Jucken, gewöhnlich mildem Fieber, selten Albuminerie aufgetreten. Die charakteristische Effloreszenz ist ein mit einem Bläschen oder Pustelchen versehene Blatter. Fast alle Kranken zeigen leichte Leukozytose. Die Effloreszenzen zeigen mikroskopiscch urtikarielle Beschaffenheit.

Die Erkrankung tritt beim Kontakt mit Zerealien oder Stroh auf, welche mit einer Milbe (Pediculoides ventricosus oder einer ähnlichen) infiziert sind. Strohmatrazzen, Packstroh, Säcke von Weizen, Gerste oder anderen Kornsorten sind die gewöhnlichen Infektionsquellen.

Wo diese Milben vorhanden sind, dort finden sich Getreideschädlinge, von welchen eben die Milben leben.

Ähnliche oder dieselben Milben und von ihnen abhängige Dermatitiden sind in Frankreich, Deutschschland, Ungarn, Rußland gefunden und beschrieben worden. Die sicherste Heilung besteht im Vermeiden der betreffenden Infektionsgelegenheiten. Rudolf Winternitz (Prag).

Mucha. Urticaria chronica papulosa. Ikonographia dermatologica. Fasz. IV. 1909.

Das Leiden des 26j. Pat. besteht seit 1 Jahre. Die Haut ist mehr oder minder dunkelbraun pigmentiert und infiltriert, ausgenommen Gesicht, Handteller und Fußsohlen. Auf derselben finden sich, teils einzeln, teils



in Gruppen stehend, stecknadelkopf- bis linsengroße papulöse Effloreszenzen von anfangs hellroter, später bläulicher oder braunroter Farbe; die Mehrzahl derselben zeigt Kratzeffekte. Zwischen den Knötchen zahlreiche kleine Narben. Inguinal- und Axillardrüsen geschwollen und schmerzhaft. Die Effloreszenzen bestehen 8—14 Tage, doch treten häufig Nachschübe auf. Die Affektion juckt ungemein stark. Therapeutischer Erfolg wurde durch Kalomel erzielt.

Das histologische Präparat zeigt vakuoläre Degeneration der Epithelzellen und verschieden große, vorwiegend perivaskuläre Zellinfiltration in der Kutis. Wilhelm Balban (Wien).

Wersilowa. Ein Fall von Pemphigus vulgaris mit parenchymatöser Nephritis. Journal russe de mal. cut. 1909.

Der im Märzhefte dieses Journals mitgeteilte Fall ging im Januar 1909 infolge einer gangranösen Highmoritis zu grunde. Die Untersuchung des Nervensystems ergab:

Am n. ischiadicus keine Abweichung von der Norm.

In den Rückmarksganglien (nach Ramon y Cajal) Veränderungen, die sich als Verdickung der Fibrillen, körniger Zerfall, bis zu ihrer vollständigen Atrophie und Atrophie des Kernes repräsentierten.

In van Gieson Präparaten zeigten sich einzelne Zellen blaßgrünlich, die Nisselschen Granula vollständig fehlend, andere wiesen um den Kern eine Zone feiner Granula auf.

Ob die Degenerationen im zentralen Nervensystem als primär anzusehen sind, ob sie nur eine Folge der Intoxikation oder anderer Faktoren darstellen, wagt Verfasserin nicht zu entscheiden.

Richard Fischel (Bad Hall).

Pernet, G. Pemphigus und Dermatitis herpetiformis. The Brit. Journ. of Derm. Jan. 1910.

„Pemphigus" im Sinne eines schweren akuten bullösen Ausschlages von septischer Natur; unter Arsen fast vollständige Heilung; 2 Monate später gyrierte erhabene erythematöse Herde und Bläschen, schließlich wieder Bullae. Paul Sobotka (Prag).

Smith, Margaret Merry. Pemphigus neonatorum in der geburtshilflichen Praxis. The British Med. Journal 1910. Jan. 22. pag. 9. 198.

Smith berichtet über 4 Fälle von Phemphigus neonatorum, ohne etwas neues zu bringen. Fritz Juliusberg (Posen).

Stancanelli, P. Eigentümlicher Fall von Dermatitis herpetiformis Dühring mit universeller Melanodermie und trophoneurotischen Ulzerationen. Klinischer und histologischer Beitrag zum Studium der menstruellen Toxidermien. Giorn. internaz. d. Scienze med. Heft 4. 28. Febr. 1910.

Die Einzelheiten der ausführlichen Arbeit, die genaue Krankengeschichte, die Resultate der Blutanalyse und der histologischen Untersuchung, die Betrachtungen über das klinische Bild, die Pathogenese, den histo-pathologischen Befund sind im Original nachzusehen, da sie sich zu



einer kurzen Wiedergabe im Referat nicht eignen. Stancanelli kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Affektion kann mit Bezug auf die Läsionen, durch die sie charakterisiert ist, aufgefaßt werden als eine Dermatitis herpetiformis Duhring mit universeller Melanodermie und trophoneurotischen Ulzerationen — und sekundärer Lichenifikation.

2. Die Melanodermie ist primär, da sie nicht das Resultat der vorangegangenen erythematös-bullösen Läsionen darstellt.

3. Was die Pathogenese betrifft, so kann man das Krankheitsbild bei der Kategorie der menstruellen Dermatosen unterbringen. Die Affektion trat auf nach einer heftigen Erregung bei einem hysterischen Individuum (31jähr. Frau) mit folgender dystrophischer Störung zentralen Ursprungs. Diese Störung ist wahrscheinlich im Sympathicus abdominalis lokalisiert.

4. Das reichlich vorhandene Pigment scheint in diesem Falle autogenen Ursprungs zu sein.

5. Die Eosinophilie im Blute und in der Blasenflüssigkeit, anstatt ein differentielles, absolutes und konstantes Kriterium der Dermatitis herpetiformis Duhring dem wahren Pemphigus gegenüber zu bilden, scheint vielmehr eine vorübergehende Erscheinung darzustellen, deren Auftreten mit der Wiederholung der Eruptionsphasen zusammenfällt.

J. Ullmann (Rom).

Bogrow. Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis. Journal russe de mal. cut. 1909.

Der Originalaufsatz ist in deutscher Übersetzung in diesem Archiv CII, p. 327 erschienen. Richard Fischel (Bad Hall).

Carlyll, H. B. Bemerkungen über einen ungewöhnlichen Fall von Dermatitis. Brit. Journ. of Dermat. Febr. 1910.

Das 11. Kind einer Frau, die 4 Fehlgeburten durchgemacht hat, bringt einen roten Fleck im Gesichte und einen ebensolchen am Rumpfe bereits mit zur Welt; die Flecken breiten sich aus, es folgen andere an den verschiedensten Teilen des Körpers, an den erkrankten Stellen bilden sich Blasen, die platzen und so das Korium in großer Ausdehnung bloßlegen; am 11. Lebenstage erfolgt der Tod. — 2 Abbildungen.

Paul Sobotka (Prag).

Walker, Norman and **Low**, R. Cranston. Dermatitis gangränosa infantum. Ikonographia Dermatologica. Fasc. IV. 1909.

Die Affektion des 3jähr. Kindes begann mit pustelähnlichen, gedellten Effloreszenzen, die sich rasch vergrößerten und dunkelblaue Farbe und glatte Oberfläche zeigten. Die Lokalisation waren hauptsächlich der rechte Arm und das linke Bein. Bald kam es zu geschwürigem Zerfall des Zentrums, während die Haut am Rande einen blaugrauen Farbenton und einen hellroten Hof aufwies. Peripher breitete sich das Geschwür unaufhaltsam über die ganze Extremität aus, ohne zentrale Heilungstendenz. Das Allgemeinbefinden war anfangs gut; doch als es weder durch lokale, noch durch allgemeine Behandlung gelang, dem Weitergreifen der



Geschwüre Einhalt zu tun, trat unter Kräfteverfall nach 4 Wochen der Tod ein.

Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Staphylococcus albus und eines zweiten Gram + Coccus, der in grauweißen Kolonien am besten auf Ascites-Agar gedieh. Die histologische Untersuchung zeigt am Rande eine ödematöse Durchtränkung des Epithels mit vielen interzellulären Leukozyten und eine dichte, zellige, hauptsächlich aus polymorphonukleären Leukozyten bestehende Infiltration des Koriums sowie fast völligen Schwund des elastischen Gewebes.

Wilhelm Balban (Wien).

Lilla, P. Über die gangränöse Lymphangoitis des Skrotums der Neugeborenen. Gazz. d. Osp. e d. Clin. Nr. 3. 6. Jan. 1910.

Bei einem 28 Tage alten Kind fand A. das Skrotum geschwollen und ödematös, von weinroter Farbe und vom Umfang einer großen Orange. Der Penis zeigte Phimose und das doppelte Volumen des normalen. An der Haut des Skrotums fand sich eine gangränöse weiß-graue Stelle von der Größe eines 10 Cent.-Stücks. Die Temperatur schwankte zwischen 38·5 und 39·5. Diesen Erscheinungen war ein Furunkel oberhalb des Schambeins vorausgegangen, von dem jetzt nur noch ein kleiner rötlicher Punkt zu sehen war. Die Phimose wurde operiert, der nekrotische Fleck exzidiert, und es wurden einige Inzisionen im Skrotum gemacht. Darauf trat bald Heilung ein. Nachher jedoch traten noch zwei Abszesse auf, einer in der rechten Glutaealgegend und ein anderer an der lateralen linken Knieseite, die auch bald zur Heilung kamen. A. glaubt, daß in diesem Falle die Infektion mit den pathogenen Keimen nicht vom Nabelstrang ausgegangen ist, sondern von dem Furunkel.

J. Ullmann (Rom).

Truffi, M. und **Carpi**, U. Beitrag zum Studium der neurotrophischen Hautgangrän. Gazz. med. it. Nr. 2, 3, 4, 5. 1910.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. J. Ullmann (Rom).

Bensaude, R. Behandlung der Raynaudschen Krankheit mit heißen Luftduschen. Bull. d. l. soc. mèdic. des hôpit. 1909. Nr. 39. p. 785.

B. hat 4 Patienten auf diese Art behandeln lassen und konnte konstatieren, daß man damit sämtliche Symptome der Krankheit günstig beeinflussen kann. Die Luftduschen werden mit einem elektrischen Apparate gemacht, die Temperaturen schwanken zwischen 40° und 700°, die letzteren werden nur bei nekrotischen Stellen angewendet, sonst gewöhnlich nur 50°. Die Dauer der Einwirkung beträgt 1—2 Stunden täglich. Die Wirkung soll auf Erzeugung von lokaler aktiver Hyperämie beruhen.

R. Volk (Wien).

Fournier, H. Quelques considérations sur la Séborrhée des lèvres. Journ. des maladies cutanées et syphilitiques. Fasc. IX. 1909.

Die Seborrhoe der Lippen wird von F. als eine Erkrankung der Jugend angesehen, beginnend im Alter von 12—13 Jahren, bis zum



20. Jahre zunehmend, um dann allmählich zu verschwinden. Sie ist ausschließlich eine Erkrankung des weiblichen Geschlechtes und zwar speziell der brünetten und schwarzhaarigen Frauen und darf mit dem „Lippenbeißen" nicht verwechselt werden. Sie besteht in der Bildung trockener, bräunlicher Schuppenlamellen von 2—3 *cm* Breite, die sich immer wieder bilden, wobei die Trockenheit der Lippen die Kranken sehr belästigt. Die Schuppen werden von den Mädchen immer wieder entfernt, gezupft, oder mit der Zunge beleckt, was zu Irritationen führt. Mit Skrophulose und Tuberkulose hat die Affektion nichts zu tun, wohl aber mit arthritischen und Ernährungsstörungen. Zur Impetigo, Eiterung oder Krustenbildung kommt es nie. Hervorgehoben wurde die besondere Lokalisation auf den Lippen von Kaposi, dann von Besnier und Brocq; der letztere betont bereits das Vorkommen bei jungen Mädchen. Als Therapie empfiehlt F. Ichthyol, Schwefel- und Tigenolsalben in nicht zu schwacher Konzentration, ferner intern Schwefel und in ganz hartnäckigen Fällen Skarifikationen. Von letzterem Verfahren sah er ausgezeichnete Resultate.

M. Oppenheim (Wien).

Cohen, Salomon Solis. Viszerale Angioneurosen (Viszerale Krisen der vasomotorischen Ataxie). New-York. Med. Journal. 1910. Feb. 19, 26. März 5. p. 365, 421, 485 ff.

Die inhaltsreiche Arbeit Cohens beschäftigt sich mit den Störungen in der Funktion der verschiedensten Organe, denen Gefäßstörungen als direkte Ursache bedingen, Symptomkomplexe, die den in der Dermatologie bekannten Angioneurosen nahe stehen. Die Krankheitsbilder, um die es sich hier handelt, faßt C. unter dem Sammelnamen vasomotorische Ataxie zusammen und unterscheidet einerseits generalisierte, regionäre und multiregionäre Formen, andrerseits nach dem Mechanismus der Gefäßstörung solche durch Konstriktion (gewöhnlich, aber nicht immer durch Spasmus), solche durch Dilatation verursachte und Mischformen, bei denen sich Dilatation und Konstriktion findet. Die durch diese Gefäßstörungen hervorgerufenen Erscheinungen finden sich sichtbar sowohl im Augenhintergrunde, wie an den der Inspektion zugänglichen Schleimhäuten, wie an der Haut. Unter den Erscheinungen an der Haut, welche der Autor erwähnt, sei angeführt die Marmorierung derselben, lokale Röte, Blässe etc. In etwa ein Drittel der Fälle finden sich vaskuläre Anomalien, Pigment- und Proliferationsveränderungen; Petechien, Angiome, Teleangiektasien, Pigmentnävi etc. Auch die Acanthosis nigricans zählt C. unter diese Symptome, ferner das Leukoderm. In derselben Weise geht C. auf die Störungen anderer Organe ein. Wir begnügen uns mit diesem kurzen Hinweis auf die Ausführungen, die häufig zum Widerspruch reizen, aber höchst anregend und lesenswert sind. Fritz Juliusberg (Posen).

Geschlechts-Krankheiten.

Syphilis. Symptomatologie.

Wiesner, R. Zur Frage der Aortenveränderungen bei kongenitaler Syphilis. Frankf. Zeitschrift für Pathologie. IV. Bd. 1. Hft.

Bei kongenitaler Syphilis der Kinder findet man häufig an der Aorta, ihren größeren Ästen und an der Arteria pulmonalis zellige Infiltrate, welche hauptsächlich in den äußeren Abschnitten der Tunica media und nur zum geringen Teil in der Adventitia ihren Sitz haben. Diese Infiltrate sind um die in der Grenzzone verlaufenden, stark hyperämischen Vasa vasorum angeordnet. Frische Infiltrate findet man nur an den Gefäßen solcher Kinder, die kurze Zeit nach der Geburt verstorben sind. Bei älteren (wenige Wochen alten) syph. Kindern findet man an den genannten Gefäßwandpartien perivaskuläre Bindegewebswucherungen, sowie partielle und totale Obliteration der Vasa nutrientia. Bei von Syphilis freien Kindern und auch solchen, die an einer anderen chronischen Infektionskrankheit litten, konnte V. diese pathologischen Produkte nicht finden, er glaubt sie deshalb für spezifische ansprechen zu dürfen. Edgar Braendle (Breslau).

Arning, Ed. Augen- und Ohrenerkrankung bei kongenitaler Syphilis. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzung. v. 23. Nov. 1909.

Vorstellung zweier Fälle 1. 20jähriges Mädchen mit luetischer Anamnese in der Ehe der Eltern, litt schon als Kind an Augenkrankheit, ist jetzt wieder an doppelseitiger Keratitis interstitialis erkrankt. Destruierende mit 2facher Perforation abgeheilte Ulzeration des Velum palatinum. Gehörorgan intakt, gute Beschaffenheit und Form der oberen Schneidezähne, also keine Hutchinsonsche Trias. Wassermannsche Reaktion positiv.

2. 28jährige Frau, hat als Kind viel gekränkelt; vor 5 Jahren Beginn des Augenleidens rechts, das in 3 Jahren zu völliger Erblindung auf diesem Auge führte. Seit einiger Zeit ist auch das linke Auge hochgradig erkrankt. Beiderseits Megalophthalmos, rechts absolute Amaurose, links schwacher Lichtschein. Diese Form des Megalophthalmos entsteht, wenn der Uvealtraktus mit betroffen ist und der dadurch entstehende



vermehrte intraokulare Druck die durch Entzündung nachgiebig gewordenen Gewebe der Sklera und Kornea auswölbt. Vor 3 Jahren ist die Frau in kurzer Zeit auf beiden Ohren absolut taub geworden. Wassermannsche Reaktion positiv. In der Aszendenz der Patientin ließ sich von Lues nichts Sicheres nachweisen. Gatte und Kind gesund (Wassermann negativ), keine Fehlgeburten.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Bouttian, Adrien. (Verviers). Contribution à l'étude de la Syphilis héréditaire de deuxième génération. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. VII. 1909.

Es handelt sich um ein 21 Monate altes Mädchen mit Spina bifida und Hydrocephalus. Die Mutter fiel im 7. Monat der Gravidität von der Treppe, doch sei dies für die Ätiologie des Falles irrelevant

Der Vater, 43 Jahre alt, negiert Syphilis; die Mutter, 35 Jahre alt, ohne spezifische Symptome, hatte nach der Geburt dieses Kindes mehrere Aborten und einmal gebar sie ein lebendes Kind ohne Zeichen von Lues, das nach einer Jodbehandlung zur Welt kam.

Die Mutter der Frau war 17mal schwanger und brachte tote totfaule und Kinder zur Welt, die bald nach der Geburt starben. Verfasser glaubt daraus auf eine Syphilis der Großmutter schließen zu dürfen. (Ein kühner Schluß!) M. Oppenheim (Wien).

Winfield, J. M. Osterpathien durch quaternäre Syphilis, Ein Bericht über die Untersuchung von 46 orthopädischen Fällen auf Symptome von hereditärer Syphilis. Journ. cut. dis. XXVII. 9.

In Verfolgung des von Gaucher behaupteten Zusammenhangs von eitrigen Knochen- und Gelenksentzündungen bei Kindern, mit hereditärer Syphilis oder solcher in der zweiten Gereration, hat Winfield 46 Kinder einer orthopädischen Spitalabteilung untersucht.

17 Fälle wurden bloß auf Vorhandensein äußerer Zeichen hereditärer Syphilis, 29 Fälle außerdem auch noch mit der Noguchi (Wassermann)-Reaktion geprüft.

Von den ersteren Fällen — die an Pottschem Gibbus oder Koxitis litten — entsprach bloß ein Fall der Gauchers Bedingung, nämlich mindestens zwei hereditär-luetische Symptome zu bieten; von der zweiten Serie — Pottscher Gibbus, Koxitis, eitrige Knochen mit Gelenksentzündungen — gaben alle bis auf einen positive Pirquetsche Reaktion; am schönsten ein sicher hereditär-luetisches Kind. Zehn von den 29 Fällen. hatten einzelne Symptome hereditärer Lues; bei 16 fehlten derartige.

Vier von den Fällen mit hereditär-luetischen Symptomen und sechs ohne solche gaben eine positive Nogucchi-Wassermannprobe; sieben von den letztgenannten 10 Fällen hatten einen sehr positiven Pirquet, die drei andern einen schwachen. Ein Kind mit sicherer hereditärer Lues, eben antiluetisch behandelt, gab weder Pirquet noch Luesreaktion.

Sechs der Fälle mit hereditär-luetischen Symptomen ohne Luesreaktion waren antiluetisch behandelt worden.



Winfield schließt, daß in all diesen Fällen Tuberkulose vorhanden war, daß aber auch die Syphilis einen wichtigen Faktor bei der Entstehung vieler Fälle eitriger Knochenentzündung in der Kindheit bilde, und daß es schwer ist, in der Jugend syphilitische und tuberkulöse Ostitis zu unterscheiden. Trotzdem solle man wegen der Möglickkeit, daß andere hereditäre Momente Luessymptome vortäuschen, und Quecksilber auch bei verschiedenen Dyskrasien bei entsprechender Hygiene gut wirke, nicht alle derartigen Fälle für spezifisch halten.

Rudolf Winternitz (Prag).

Pawlow. Ein Fall von sekundärem Riesenschanker und zahlreichen sekundären harten Schankern des Unterleibs. Journal russe de mal. cut. 1909.

Am Genitale und in der Schamgegend zählte Pawlow 7, am Abdomen über dem Mons veneris 10, von denen der größte, aus dem Zusammenfluß mehrerer kleinerer Sch. entstanden, 9 *cm* in der Länge, 4 *cm* in der Breite sich um die Linea alba lokalisierte.

Der Zeitpunkt des Auftretens der Abdominalsklerosen war nicht zu eruieren. Mit größter Wahrscheinlichkeit kann man annehmen, daß es sich um Autoinokulation durch die Fingernägel oder eine Übertragung durch die Wäsche handelte.

Eine wohlgelungene Photographie (nach der Moulage) gibt ein anschauliches Bild der seltenen Affektion.

Richard Fischel (Bad Hall).

Priklonski. Auftreten einer syph. Sklerose und eines papulo-pustulösen Syphilids bei einem Patienten mit seit Jahren bestehendem gummösen Ulkus des Unterschenkels. Journal russe de mal cut. 1909.

Der 32jähr. Patient zeigt eine Sklerose des Penis, ein papulopustulöses Syphilid am Stamm, bes. über den Schulterblättern. Am l. Unterschenkel ein Geschwür, dessen Hautränder mit dem Knochen verwachsen sind. Es besteht seit dem 8. Lebensjahre. Der Röntgenbefund ergab: Osteosklerosis und Periostitis. Die histol. Untersuchung: Riesenzellen, Abwesenheit von Tub.-Bazillen.

Zweifellos handelt es sich um ein Symptom hered. Lues. Hg und Jodkali brachten Besserung der Erscheinungen. Während der durch das nach 14 Tagen aufgetretene Rezidiv bedingten Sublimatinjektionskur trat eine linksseitige Hemiplegie auf. $^1/_2$ Jahr darauf Exitus.

Die Sektionsdiagnose: Thrombosis art. fossae sylviae lat. dextri et art. basal. cerebri incompleta. Ramolitio cerebri et Arteriosklerosis vasorum cerebri permagna. Richard Fischel (Bad Hall).

Tillgren, Josua. Über syphilitische Tracheo-bronchial-Stenose. Hygiea. Dezember 1909.

Krankengeschichten von vier Fällen, die im Serafimerlazarette zu Stockholm kürzere oder längere Zeit wegen Dyspnoe und Stridor ohne Larynxveränderungen aufgenommen und von denen drei plötzlich gestorben waren; die Sektion ergab Narbenstrikturen an der Bifurkation. Der vierte



Patient wurde in der schwedischen Ärztegesellschaft den 2./3. 1909 vorgestellt; er hatte Dyspnoe und Stridor; laryngoskopische Deformation der Epiglottis; mit dem Trakeoskope konnte man Gummata der Trachea beobachten. Nach einem historischen Rückblicke gibt Verf. eine Beschreibung des typischen Krankbeitsbildes und erwähnt die makro- und mikroskopischen, pathologisch-anatomischen Veränderungen.

Karl Marcus (Stockholm).

Graef, Wilhelm. Akute gelbe Leberatrophie bei sekundärer Lues. Dtsch. med. Woch. Nr. 44. 1909.

Die Seltenheit der akuten gelben Leberatrophie im allgemeinen, sowie noch besonders auf luetischer Basis berechtigen Graef zur Beschreibung des vorliegenden Falles. Die 22jährige Pat. hatte vor einem halben Jahre zum zweitenmale geboren, wobei Mutter und Kind gesund befunden wurden. Vierzehn Tage vor Aufnahme in die Klinik hatte sich Erbrechen, Geistesverwirrtheit und starke ikterische Verfärbung der Haut und Skleren eingestellt. Die Patientin ist schwächlich gebaut und zeigt an Rumpf und Extremitäten Pusteln und große nässende Ulzera. Die Drüsen sind vergrößert. Unter Zunahme des Erbrechens, starker Unruhe, dann Somnolenz tritt im Koma der Exitus ein. Die serologische Untersuchung ergibt Lues, die Sektion u. a. starke Atrophie der Leber, welche weich, brüchig nach hinten zusammengesunken auf der Wirbelsäule liegt, Herde von ockergelber Farbe wechseln mit ausgebreiteten roten Partien, welche den früheinsetzenden Regenerationsprozeß anzeigen. Eigentümlich ist in diesem Falle der protahierte Verlauf des zweiten Stadiums, 9 Tage gegen meist 2—3 Tage. Die Therapie kann nur symptomatisch sein, die Prognose ist meist eine schlechte, vereinzelt berichtete Heilungen beruhen wohl auf einem Ausgang in Zirrhose oder multiple knotige Hyperplasie.

Max Joseph (Berlin).

Fraenkel, Eugen. Über erworbene Dünndarmsyphilis. Virch. Arch. Bd. CXCIX. Heft 1. p. 131.

Sind unsere Kenntnisse über die auf erworbene Syphilis zu beziehenden Erkrankungen des Darmkanals im allgemeinen noch recht lückenhaft, so gilt dies in noch höherem Grade für die den Dünndarm betreffenden, als syphilitisch aufgefaßten Veränderungen, die äußerst selten sind. Fraenkel verfügt über 3 hierher gehörige Beobachtungen. Es sind die 3 einzigen Fälle von erworbener Dünndarmsyphilis, die er in 10 Jahren unter 19.000 Sektionen gesehen hat, was für deren außerordentliche Seltenheit spricht. In der lesenswerten Abhandlung, bezüglich deren Details aufs Original verwiesen werden muß, findet sich eine eingehende Schilderung der Klinik und pathologischen Anatomie der tertiären Dünndarmsyphilis. Verf. weist besonders auf die den striktuierenden und geschwulstartigen Veränderungen vorausgehenden gummös-ulzerösen Prozesse der Darmwand hin, welche das Interesse des Internisten in hohem Grade verdienen. Sie stellen, wie für die tertiäre Erkrankung anderer Organe die Grundform dar, aus welcher sich die weiteren Erscheinungen (Geschwulst, Geschwür, Striktur) erst entwickeln. Der innere Kliniker wird in diesen Fällen, wenn



andere als Äußerungen der Syphilis aufzufassende Symptome fehlen, durch die Wassermannsche Reaktion einen Anhaltspunkt für die Erkennung und sachgemäße Behandlung dieser Zustände gewinnen können. Diese muß dann eine spezifische sein. Bei späterhin auftretenden Symptomen einer Darmstenose tritt die chirurgische Behandlung in ihre Rechte.

Alfred Kraus (Prag).

Paterson, H. I. Gummata, malignen Tumor vortäuschend. Royal society of Medicine. Clinical section. Dec. 10. The Lancet 1909. Dec. 18. p. 1817.

Paterson berichtet über einen Tumor der Brust, der als maligner Tumor aufgefaßt und dementsprechend operativ behandelt wurde. Es entstand ein Rezidiv. Eine gleichzeitig entstehende Periostitis ließ an Syphilis denken. Eine vorgenommene Quecksilberkur brachte schnell Heilung der Erscheinungen und Kräftigung der sehr heruntergekommenen Patientin zu Stande. Fritz Juliusberg (Posen).

Epstein, H. B. Ein Fall von Syphilis maligna praecox. New-York med. Journal 1909. Dec. 18. p. 1220.

Epstein berichtet in kurzer Weise über einen Fall von Syphilis maligna mit schweren Knochenzerstörungen. Die knappe Arbeit macht ein Referat unmöglich. Fritz Juliusberg (Posen).

Lange-Ziegel, H. F. Bericht über einen Fall von frühzeitiger teilweiser Syphilis mit mannigfaltigen Symptomen. New-York. Medical Record. Oct. 16. 1909.

Patient, 37 Jahre alt, von seiner Frau vor 3½ Jahren infiziert. Unvollständige Behandlung. Frühe tertiäre Erscheinungen auf der Kopfhaut, am rechten Bein, im Rachen und auf den Tonsillen. Allgemeines Befinden schlecht. Stirne auch befallen. Periostitis der Nasenknochen, Gumma des Septum, Tibial-Periostitis, Noguchi-Probe positiv. Erscheinungen oberflächlich aber offenbar tertiär. Heimann (New-York).

Taylor, George. Ein Fall von Syphilis des Pankreas mit Pankreasstein im Ausführungsgang. The Lancet 1909. Dec. 18. pag. 1816.

Der Patient Taylors, ein 45jähriger Mann, wies bei der Aufnahme ins Hospital einen Tumor auf, der der Leber anzugehören schien. Bald darauf erfolgte der Exitus. Die Sektion ergab neben perikardialen Verwachsungen Hypertrophie des linken Ventrikels, Arteriosklerose etc., ein vergrößertes Pankreas von sehr harter Konsistenz. In demselbem fanden sich zwei deutliche Gummata, ferner ein kleiner Stein im Ausführungsgang. Mikroskopisch zeigte das Pankreas eine ausgesprochene Fibrose, an einzelnen Stellen war das normale Gewebe vollständig verschwunden, zugleich eine Endarteriitis der kleinen Arterien, die zum Teil zum vollständigen Verschluß geführt hatte. Der Fall ist bemerkenswert, da Syphilis des Pankreas überhaupt selten ist, vor allem bei akquirierter Lues. Bei letzterer handelt es sich gewöhnlich um chronische Pankreatitis, bei der kongenitalen Form um Gummata, in dem beschriebenen Fall war beides vorhanden. Fritz Juliusberg (Posen).



Osler, William. „The Schorstein Lekture“ über Syphilis und Aneurysma. The British med. Journal 1909. Nov. 27. p. 1509.

In dieser Vorlesung beleuchtet Osler den Zusammenhang zwischen Syphilis und Aortenaneurysma von verschiedenen Seiten. Zunächst wird die historische Seite der Frage berührt, dann die Veränderungen der Aorta, wie sie sich makroskopisch und mikroskopisch kund tun, weiter der klinische Befund und die statistische Seite der Frage.

Fritz Juliusberg (Posen).

Longcope, Warfield. Das Zusammenvorkommen von Aorteninsuffienz mit syphilitischer Aortitis. The Journal of Americ. Med. Association. 1910. Jan. 8. p. 118.

Longcope hat sein Augenmerk gerichtet auf das häufige Zusammenvorkommen einer eigenartigen Form der Arteriosklerose, nämlich der Mesaortitis und einer chronischen Aorto-Endokarditis, welch letztere Anlaß zur Aorteninsuffienz gab. Unter 930 Autopsien fanden sich 21 Fälle von Aorto-Endokarditis vereint mit Mesaortitis. Bei diesen 21 Fällen variierten die Veränderungen in der Aorta beträchtlich, aber sie waren überall auf den Aortenbogen beschränkt. Mikroskopisch zeigten diese Aorten besonders in der Media auffallende Veränderungen. Hier fanden sich nekrotische Herde, innerhalb deren Muskulatur und elastische Fasern vollständig zerstört waren, während Anhäufungen kleiner Rund- und Plasmazellen gelegentlich auch Riesenzellen um die nekrotischen Partien sich fanden. Gelegentlich drangen auch von denselben Zellen umgebene Gefäße von der Adventitia in die Media ein. Die praktischen Folgen dieser Befunde sind die, daß eventuell durch antisyphilitische Behandlung das Fortschreiten der Aortenerkrankung aufgehalten werden kann.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ravogli, A. Die proliferierenden Formen der Hautsyphilide. The Journal of Americ. Med. Association 1909. Jan. 1. p. 18.

Im vorliegenden Aufsatz, einen Vortrag vom 16. Kongreß der Americ. Med. Association, berichtet Ravogli über papilläre Wucherungen der Haut bei Syphilis, und zwar berücksichtigt er sowohl die im frühen wie im späten Stadium vorkommenden derartigen Wucherungen. Er führt diese Proliferationen auf die Wirkung der Spirochaeta pallida direkt zurück. Ähnliche papilläre Proliferationen kommen vor bei der Tuberculosis verucosa, bei manchen Formen des Karzinoms, bei Blastomykose. Bei der Syphilis unterhält die Anwesenheit der Spirochaete im Bindegewebe eine konstante Reizung, die zum indurierten Ödem führt. Die vorgetragenen Ausführungen, die auch auf die histologischen Verhältnisse eingehen, werden durch zahlreiche Abbildungen erläutert. In der Diskussion betont Pernet, daß seiner Ansicht nach die sekundären, syphilitischen Zustände, ebenso wie ähnliche Erscheinungen bei Tuberkulose, Yaws etc. durch Staphylokokkeninfektionen zustande kämen. Ravogli hält seinen entgegengesetzten Standpunkt aufrecht.

Fritz Juliusberg (Posen).



De Franceschi, Ettare. Ein typischer Fall eines primären Pigmentsyphilides. Giornale italiano delle malattie venerée e della pelle. 1909.

Bei einem 38jähr. Individuum, das vor zwei Monaten vorher eine Initialsklerose hatte, entwickelte sich zu Beginn der sekundären Periode ein pigmentäres Syphilid. Dieser Fall ist sowohl durch die nicht gewöhnliche topographische Extension des Prozesses (vordere und hintere Fläche des Stammes und der Extremitäten, Hals, obere Stirnregionen; Scheitel, Hände und Fußrücken) als auch wegen der ungewöhnlichen Konfiguration der pigmentierten Flächen (die dunklen Flächen haben im allgemeinen keine Tendenz, in ihren Räumen runde Flächen von normaler Haut zu umschreiben, sie sind an den mehr charakteristischen Stellen als wirkliche, von den mono- oder polyzyklischen Rändern isolierte Flecke und die relativ wenig pigmentierte gesunde Haut umschreibt sie und läßt deutlich das Vorkommen und die Konfiguration erscheinen). Kein einziger der bis jetzt in der Literatur publizierten Fälle kann nach dem A. mit diesem verglichen werden. Costantino Curupi (Prag).

Stühmer. Über die ätiologische Bedeutung der Syphilis bei chemischen Gelenkerkrankungen. Aus dem offiziellen Sitzungs-Protokoll der medizinischen Gesellschaft zu Marburg vom 21. Oktober 1909. Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 7.

Die auffallenden Ergebnisse Heckmanns aus New-York, der in der Mehrzahl seiner Fälle von Arthritis besonders der Polyarthritis deformans mittelst der Wassermannschen Blutreaktion eine konstitutionelle Lues nachwies und die Syphilis dafür verantwortlich macht, daß in einem so großen Teil der Arthritiden die rheumatische Affektion nicht zur Beurteilung kommt, veranlaßten Stühner bei Fällen von Arthritis deformans nach eventuell bestehender Lues zu forschen.

Verf. kann auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse die Angaben Heckmanns nicht in vollem Umfange bestätigen, da die Mehrzahl der untersuchten Fälle negativ reagierte, wenn er auch zugeben muß, daß für einige wenige positiv reagierenden Fälle die Lues als ursächliches Moment vielleicht in Frage kommt. Oskar Müller (Recklinghausen).

Pelton, H. H. Über Lungensyphilis. New-York. Med. Record. Jan. 22. 1910.

Unbewiesener Fall. Möglicherweise Tuberkulose.

Heimann (New-York).

Philchier, S. L. Savanoli. Interstitielle Keratitis bei akquirierter Syphilis. New-York. Med. Rec. Okt. 13. 1909.

Nichts neues. Heimann (New-York).

Buschke, A. Zur Kenntnis des Icterus syphiliticus praecox. Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 6. p. 238

Eingehende Beschreibung eines Falles. Ein Patient mit Primäraffekt und erstem Exanthem erkrankt mitten in der Hg-kur an Ikterus. Um einen banalen Icterus syphiliticus, der gewöhnlich als Stauungsikterus aufgefaßt wird, schien es sich nicht zu handeln. Es mußte eine paren-



chymatöse Entzündung der Leber diagnostiziert werden, einmal weil die Leber wesentlich vergrößert war, dann weil Leucin und Tyrosin im Urin nachweisbar waren, zwei Stoffe, die auf eine ernste Schädigung des Leberparenchyms schließen lassen. Icterus catarrhalis war auszuschließen. Unter energischer Fortsetzung der Hg-Kur besserte sich das Krankheitsbid laugsam, ein Zeichen, daß nicht das Hg für die Schädigung des Leberparenchyms verantwortlich zu machen war, sondern daß dieselbe wahrscheinlich syphilitoxischen Ursprunges war. Es handelte sich also wohl um eine syphilitische parenchymatöse Hepatitis im Frühstadium der Lues, eine Affektion, die zwischen dem gutartigen Ikterus und der Leberatrophie bei Lues steht. Mit jener teilt sie im wesentlichen die klinischen Erscheinungen und den klinischen Verlauf, mit dieser den Befund von Leucin und Tyrosin. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Montgomery, Douglas und **Culver**, George. Syphilitisches Lymphom bei Spätlues. The Journal of the Americ. Med. Association. 1910. Feb. 18. p. 605.

Montgomery und Culver behandeln im Anschluß an einen Fall die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, zu denen große Lymphdrüsenschwellungen am Halse Anlaß geben können. In solchen Fällen kommen in Betracht: Aktinomykose, Blastomykose, Granuloma coccidioides, Leukämie, Endotheliom, Eiterinfektion, Karzinom, Tuberkulose, Lymphosarkom, Syphilis. Was die ersten drei Affektionen betrifft, so entscheidet sich die Diagnose durch die begleitenden Symptome und durchs Mikroskop. Endotheliom läßt sich durch Probeexzision feststellen, bei Eiterinfektion findet sich ein Herd in der Umgebung, primäres Karzinom der Lymphdrüsen ist außerordentlich selten. Dagegen spielt die Spätlues eine größere Rolle bei der Erkrankung der Lymphdrüsen, als man früher annahm. In zweifelhaften Fällen haben wir heute in der Wassermannreaktion ein gutes Mittel zur Entscheidung. Im Falle, daß Lues vorliegt, ist die Quecksilberkur energisch einzuleiten und gleichzeitig Jod zu geben.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ascher, Johannes. Weitere Ergebnisse über die Ausscheidung von Rhodan im Speichel Syphilitischer. Dermatol. Zentralbl. 1910. Nr. 6.

Die physiologische Rhodanausscheidung im Speichel geht wesentlich nach luetischer Infektion zurück oder sistiert ev. auch ganz. Ascher hält dieses Phänomen sogar für diagnostisch verwertbar. Seine Untersuchungen erstreckten sich auf 118 Patienten, worunter 92 Luetiker.

Rudolf Krösing (Stettin).

Floraugе. Beitrag zur Frage „Tätowierung und Syphilis". Dermat. Zeitschr. 1909. p. 783.

Florauge bezieht sich auf eine Arbeit von Dohi, der beobachtet hat, daß syphilitische Papeln an tätowierten Stellen in den rot tätowierten Stellen nicht auftreten. Dohi hat dies auf das im Zinnober enthaltene Hg bezogen. Florauge hat dieselbe Erscheinung bei einem Falle beobachten können, während er in einem zweiten Falle gerade das Gegenteil



sehen konnte, indem die Papeln speziell an den rot tätowierten Stellen auftraten, während die blau tätowierten nur ein makulöses Exanthem zeigten. Er bezieht diese Erscheinungen nicht auf Hg-Wirkung sondern darauf, daß in dem einen Fall die roten, in dem anderen Falle die blauen Stellen stärkeren Reizen ausgesetzt waren.

Fritz Porges (Prag).

Woloschin, A. D. Zur Frage über die Herzsyphilis. Russky Wratsch. 1909. Nr. 51.

Beschreibung der Resultate der Autopsie und histologischen Untersuchung eines Falles von Syphilis des Herzens bei einem 50jährigen Kranken. Ein ausgedehnter gummöser (Miliar-Gummen) und fibröser Prozeß; der letztere entwickelt sich als Resultat einer Arteriitis obliterans kleiner Zweige der Koronararterien. Die Veränderungen lokalisierten sich hauptsächlich in der vorderen Wand des linken Ventriculi cordis; aneurismatische Erweiterung desselben. Für den Ausgangspunkt des gummösen Prozesses hält Verf. die Proliferation des Endothels der Lymphspalten.

P. A. Welikanow (Petersburg).

Guszmann, J. Weitere Beiträge zur Pathogenese der Syphilisrezidive. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. L.

Guszmann fand an den Tonsillen, auch ohne nachweisbare Luessymptome daselbst, in drei von fünf daraufhin untersuchten energisch frühbehandelten Fällen Spirochaeta pallida. Dies zeigt, daß die Generalisierung des Virus durch die Frühbehandlung nicht verhindert wird, wenn auch ihr klinischer Symptomenkomplex unterdrückt wird; letzteres scheint die Schmierkur durch ihre lokale Wirkung zu bewirken.

Ludwig Waelsch (Prag).

Trawinski, J. Über persistierende teleangiektatische Hautveränderungen nach Spätlues. Monatshefte für praktische Derm. Bd. L.

Im Falle Trawinskis fanden sich an der Haut lividrote Herde, unscharf abgegrenzt, leicht infiltriert. Das Infiltrat besteht aus strängchenartigen, sich vielfach durchkreuzenden Gebilden. Die Follikel erscheinen in den lividrot verfärbten Herden als blaßrosarote, kleinstecknadelkopfgroße Fleckchen. Auf Fingerdruck blassen die Herde ab, die Farbendifferenz der Follikel wird weniger deutlich. Farbendifferenz zwischen Zentrum und Peripherie besteht nicht. Histologisch fand sich beträchtliche Erweiterung bes. des subpapillaren Gefäßnetzes mit perivaskulären, aus perithelialen Elementen bestehenden Infiltraten; reichliche Plasmazellen. Das Krankheitsbild zeigt Ähnlichkeit mit der Livedo racemosa Ehrmanns und der Purpura annularis Majocchis. Verf. faßt die Erkrankung als Perivasculitis syphilitica teleangiectatica auf. Die Plaques entwickelten sich höchstwahrscheinlich an Stelle von Schwielengummen der Haut. Es kam zu weitgehender Resorption des gummösen Gewebes, zugleich aber auch zur Veränderung der papillaren Gefäße. Die Herde wurden durch energische Hg-Behandlung nicht beeinflußt.

Ludwig Waelsch (Prag).

Murell, Thomas. Die Syphilis bei den amerikanischen Negern. The Journal of Americ. Med. Association. 1910. März 12. p. 846.

Murell weist auf die Ausbreitung der Syphilis bei den Negern in den vereinigten Staaten hin; er beleuchtet die geistigen Zustände derselben, die die Weiterverbreitung der Krankheit außerordentlich erleichtern und die Heilung der Infektion erheblich erschweren.

Fritz Juliusberg (Posen).

Tucker, Beverley. Ein Fall von Gumma der Dura, der Druck ausübte auf die linke Hemisphäre des Kleinhirns, mit Autopsie. New-York Med. Journal 1910. März 5. p. 477.

Tucker berichtet über eine 24jährige Frau, die seit einigen Jahren syphilitisch erkrankt, unter den Erscheinungen eines Hirntumors in seine Beobachtung kam. Die Autopsie ergab, wie die klinische Untersuchung hatte erwarten lassen, einen Tumor der Dura über der linken Hemisphäre des Kleinhirns, dessen syphilitische Natur auch histologisch sichergestellt wurde. Fritz Juliusberg (Posen).

Snydacker, E. F. Das Ausbleiben der Iritis und Chorioiditis bei Syphilitischen, welche Tabes haben. The Journal of Americ. Med. Association. 1910. März 19. p. 933.

Snydacker ist es aufgefallen, daß er bei seinen Tabeskranken trotz genauester Untersuchung nie Spuren einer Iritis, Choroiditis, oder Chorio-retinitis gefunden hat. Umgekehrt haben seine Patienten mit den genannten Augenstörungen nie eine Tabes aufgewiesen. Dieselbe Erscheinung haben Wernicke für Tabes, Wintersteiner für die Paralyse festgestellt. Der erstere sagt geradezu: „Syphilitische, die an spezifischer Iritis oder Choroiditis gelitten haben, bekommen keine Tabes.“ Wintersteiner untersuchte 1000 Paralytiker und fand, daß, obgleich der Nervus opticus in 28·5% befallen war, Veränderungen der Uvea nur in 5·62% der Fälle bestanden. Also bei diesen Fällen war der Optikus 5mal so oft befallen als die Uvea, während sonst bei Augen von Syphilitikern die Uvea zweimal so oft befallen ist, als der Nerv. Die in der Literatur angeführten Erklärungen für dieses Verhalten befriedigen den Autor nicht. Für ihn liegt die Erklärung in der Ehrlichschen Theorie der Antikörper. Wenn wir uns vorstellen, daß Tabes und Paralyse nicht direkt der Syphilis sondern der destruierenden Wirkung der Antikörper auf Hirn und Rückenmark ihre Entstehung verdanken, so wird uns der Antagonismus zwischen Tabes und Iritis klar. Wo die Sekundärerscheinungen schwer sind, fehlen die Antikörper, wo diese nicht in genügender Zahl vorhanden sind, kann es wohl zur Iritis kommen, aber nicht zur Tabes. Wo andrerseits Sekundärsymptome in Schach gehalten werden, nicht durch genügende Behandlung, sondern durch Anwesenheit von Antikörpern, haben wir große Möglichkeit Tabes eintreten zu sehen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Cramer, A. Über die Frühsymptome der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1909. VI. Bd. p. 753.



Verf. bespricht die syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die syphilitische Neurasthenie, die Lues cerebri und Lues spinalis und besonders die Tabes und die progressive Paralyse und erörtert hauptsächlich die Frühsymptome. Fast jedes wichtigere Symptom dieser Erkrankungen kann Frühsymptom sein und zur frühen Diagnose (und entsprechenden Therapie) beitragen. Wichtig ist dabei die Untersuchung der Spinalflüssigkeit mittelst der Wassermannschen Reaktion (wichtiger als die des Blutes!), die bei Paralyse schon zu Beginn der Erkrankung immer positiv ausfällt; bei Tabes nur in 60% der Fälle.

V. Lion (Mannheim).

Rönne. Rührt die Optikusatrophie durch Tabes von einem Leiden der Ganglienzellen oder der Nervenfasern her? Gräfes Archiv f. Ophthalmol. LXXII. Bd. 3. Hft.

R. kommt auf Grund von Gesichtsfelduntersuchungen zu dem Resultat, daß die Läsion der Ganglienzellen bei der tabischen Degeneration einen viel unwichtigeren Faktor darstellt gegenüber der Läsion der Nervenfasern. Welcher Umstand gerade die Nervenfasern im Optikus besonders angreifbar macht, muß vorerst dahingestellt bleiben.

Edgar Braendle (Breslau).

Guelmi, H. Epilepsie vortäuschende Spätsyphilis des Gehirns. Corr. Sanit. Nr. 13. 27. März 1910.

Bei einem 48jährigen, bis dahin scheinbar ganz gesunden und aus gesunder Familie stammenden Manne traten epileptiforme Anfälle auf. Bei genauerer Nachforschung stellte sich heraus, daß er vor 18 Jahren an einem Geschwür an den Genitalien — das damals als nicht syphilitisch angesehen wurde — mit folgender Lymphadenitis inguinalis gelitten hatte. Allgemeinerscheinungen waren nie aufgetreten. Die Frau des Patienten hatte mehrere Aborte durchgemacht. Eine kombinierte Kur von Hg und Jk führte zur Heilung, nachdem Bromsalze und andere gegen Epilepsie gerichtete Maßnahmen versagt hatten. Es handelte sich in diesem Fall offenbar um eine syphilitische Affektion der Hirnrinde.

J. Ullmann (Rom).

Guisez et **Abraud**. Syphilis des Ösophagus. Le Progrès méd. 1910. Nr. 10.

Tertiäre Manifestationen der Syphilis sind mitunter beschrieben worden. G. u. A. führen zwei von ihnen beobachtete Fälle an, von denen der eine tödlich endete, weil die Diagnose Syphilis nicht gestellt worden war. Die Diagnose ist selbst mit Hilfe der Ösophagoskopie mitunter äußerst schwierig. Eventuell muß durch Probeexzision der karzinomatöse Charakter einer Ösophagusgeschwulst zunächst ausgeschlossen werden. Die Behandlung muß gleichzeitig eine antisyphilitische, allgemeine und bei Strikturen eine örtliche, am besten durch Einlegen elektrolytischer Bougies sein.

L. Halberstaedter (Berlin).

Stroscher. Ein unter dem Bilde eines Erythema exsudativum verlaufendes Exanthem bei Lues congenita. Dermatol. Zeitschr. 1910. p. 155.



Das im Titel angegebene Exanthem fand sich bei einem 4 Tage alten, frühgeborenen Kinde, welches 2 Tage später exitierte. Die Sektion ergab Lues congenita der viszeralen Organe. Die Diagnose des fraglichen Exanthems ergab sich aus dem positiven Befund von Spirochaeten im Inhalte der blasenförmigen Effloreszenzen, sowie aus dem histologischen Nachweis von Spirochaeten in den Erythemscheiben.

Fritz Porges (Prag).

Selenew. Syphilitische Superinfektion. Journal. russe de mal. cut. 1909.

In Zusammenfassung der betreffenden Literatur und mehrerer eigener Beobachtungen kommt Selenew zu folgenden Schlußsätzen:

1. Eine syph. Superinfektion muß zweifellos anerkannt werden in Fällen, bei denen eine frische Infektion bei Gegenwart von Symptomen erworbener oder hereditärer Syphilis stattgefunden hat.

2. Syphilitische Superinfektion kann wahrscheinlich in den Fällen sehr früher Reinfektion, kurz nach der ersten Infektion, bei denen weder von der vollständigen Elimination des Giftes oder der Vernichtung der Immunität die Rede sein kann, angenommen werden.

3. Bei der Unbestimmtheit der Dauer der kondylomatösen Periode, mit Rücksicht darauf, daß bei äußerlich fehlenden Symptomen doch (nicht diagnostizierbare) Lues der inneren Organe vorhanden sein kann, ist die Möglichkeit zu erwägen, daß ein großer Teil der Reinfektionen zur Kategorie der Superinfektion gehört.

4. Die Superinfektion braucht nicht immer als charakteristische Sklerose mit lokaler Polyadenitis aufzutreten, sondern als Erosion, Papel, pustulöse Papel, welche weder die Beachtung des Kranken noch des Arztes findet.

5. Die Superinfektion kann sowohl in der kondylomatösen als auch gummösen Periode auftreten.

6. Klinisch kann die Superinfektion als Reinfektion (Hutchinson) in folgenden Formen zu Tage treten: *a*) als Primäraffekt von unbestimmtem Typus (Erosion, Papel, Pustel, Geschwür); *b*) in der Form des Primäraffektes mit allen Zeichen der syphilitischen Verhärtung ohne Adenopathie und Sekundärsymptomen; *c*) als charakteristische Primärsklerose mit begleitender Polyadenitis ohne allgemeine Hautsymptome; *d*) als Sklerose mit Polyadenitis und allgemeiner Adenopathie aber ohne Hauterscheinungen (der von Selenew mitgeteilte dritte Fall); *e*) Sklerose, Polyadenitis und Allgemeinerscheinungen wie bei der ersten Infektion; *f*) in der Form eines schweren Verlaufes eines neuen Leidens; *g*) in der Form eines leichten Verlaufes eines neuen Leidens.

7. In drei der beschriebenen Fälle waren Alkoholismus und ungenügende Behandlung begünstigende Momente für die lange Zurückhaltung des syphilitischen Giftes im Organismus.

8. Jod und Hg verhindern die Superinfektion nicht, da der eine Kranke Selenews die Superinfektion erlitt bald nach der Jod-, der zweite bald nach der Schmierkur. Der von Selenew einem Luetiker



autoinokulierte Schanker entwickelte sich ungeachtet der im Verlaufe der ersten Inkubation des Impfschankers durchgemachten Injektionskur.

9. Die klinischen Erfahrungen stehen im vollkommenen Einklang mit den neuen Beobachtungen an Tieren (Finger, Landsteiner, Neisser), selbstverständlich in Erkenntnis des individuellen Verlaufes jedes Falles menschlicher Syphilis. Richard Fischel (Bad Hall).

Ploeger. Das Aneurysma der Arteria pulmonalis. Frankf. Zeitschrift f. Patholog. IV. Bd. 2. Heft.

V. beschreibt klinisch und histologisch einen seltenen Fall von Aneurysma der Arteria pulmonalis. Auf Grund des histologischen Bildes — rundzellige Infiltration, vor allem in der Adventitia, Obliteration der Vasa vasorum — nimmt P. Lues als Ursache des Aneurysmas an. Der Blutdruck im kleinen Kreislauf war bei der Pat. erhöht, infolgedessen hat die luetische Infektion außer der Aorta in diesem Fall auch die Pulmonalis angegriffen. Edgar Braendle (Breslau).

La Mensa, N. Ein seltener Fall von Syphilom an der Schulter. Gaz. internaz. di Med. Neapel. 27. März 1910. Nr. 13

La Mensa hat bei einem 17jähr. Studenten ein typisches Syphilom an der linken Schulter beobachtet. Die Infektion war durch den Biß einer Prostituierten vermittelt worden. In der linken Achselhöhle war eine beträchtliche, indolente Drüsenschwellung zu konstatieren. Einige Drüsen waren so groß wie Mandeln, andere wie kleine Oliven. Die Haut darüber war unverändert. Das klinische Bild allein berechtigte zu der Diagnose eines Syphiloms. Und sie wurde durch den Nachweis der Spirochaete pallida und den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion bestätigt. J. Ullmann (Rom).

Syphilis. Therapie.

Lesser, Fritz. Die Behandlung der Syphilis im Lichte der neueren Syphilisforschung. Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 3. 1910.

Während Lesser den bedeutenden wissenschaftlichen Entdeckungen des Syphiliserregers und der Übertragbarkeit der Syph. auf Tiere wenig praktische Verwertbarkeit zuspricht, sieht er in der Wassermannschen Reaktion eine Richtschnur für die Ausdehnung oder Wiederholung der Behandlung. Die positive Serumreaktion läßt stets auf das Vorhandensein von Spirochaeten schließen; die negative Reaktion, nicht verwertbar im Frühstadium, zeigt aber später die Ausheilung der Krankheit an, besonders wenn wiederholte Untersuchungen stets negativ ausfallen. Je mehr Hg-Kuren vorgenommen wurden, um so häufiger ist die negative Reaktion im Spätstadium, doch ist bei 4 Kuren das Maximum



der Heilwirkung erreicht. Maßgebend für die Dauer der Kur sei nicht die Hg-Menge, sondern die Wirkung d. h. negative Umwandlung.

Max Joseph (Berlin).

Mariotti, E. Versuche einer Arbortivbehandlung der Syphilis im Primärstadium. Vorläufige Mitteilung. Giorn. internaz. d. Scienze med. Heft I. 15. Januar 1910.

Mariotti hat in sechs Fällen von Initialsklerose (positiver Spirochaetenbefund!) mit mehr oder weniger ausgesprochener Adenitis inguinalis Versuche einer Abortivkur angestellt. Er wandte dabei folgende Methode an:

1. Auf die Sklerose wurde jeden Tag eine Klappsche Saugglocke etwa eine Stunde lang appliziert. Wenn hiermit keine genügende Hyperämie erreicht wurde, so band er außerdem für die erste halbe Stunde eine Schnur um die Basis des Penis. Hierdurch entstand eine bedeutende Hyperämie, welche die Resorption des Syphiloms erleichterte. Außerdem wurde zur lokalen Behandlung eine Salbe von Kalomel 5—8 : 20 gebraucht.

2. Jeden Tag eine Injektion von 1 *ccm* einer 0·5proz. wässr. Lösung von Hydr. cyanatum in die Inguinalgegend (durchschnittlich 30 Inj., aber in einem Falle 50 Inj.).

3. Lokale Injektionen von 1 *ccm* einer 0·25proz. Lösung von Hg-Cyanatum jeden zweiten bis vierten Tag in die Haut des Penis und in die Umgebung der Sklerose. (Im ganzen 12—14 Inj.) Nach den Injektionen wurde massiert, um das Ödem, welches oft dieser Behandlung folgt, zu verhindern oder weniger intensiv werden zu lassen. Darauf wurde das Glied mit Sublimat 1‰ oder Bleiwasser verbunden.

In den Fällen mit ausgesprochener Adenitis wurde täglich eine Stunde lang eine Klappsche Saugglocke vor Ausführung der Injektion in die Inguinalgegend appliziert.

Die erhaltenen Resultate waren sehr befriedigend. Alle sechs Personen fühlen sich ganz gesund, und man kann bei ihnen weder die leichteste Drüsenschwellung noch Spuren irgendwelcher spezifischer Symptome finden. Die vier Monate nach der Kur vorgenommene Wassermannsche Reaktion war negativ außer in einem Falle, der klinisch auch geheilt erscheint. A. will aus seinen Versuchen noch keinerlei Schlüsse ziehen, da sie sich auf eine zu geringe Zahl von Fällen erstrecken.

J. Ullmann (Rom).

Milian. Un nouveau mode d'administration du mercure. Le Progr. med. 1909. Nr. 50.

Pastillen von der Größe einer Linse und darüber werden aus Quecksilbersalbe in Verbindung mit Butyr. cacao hergestellt, so daß jede Pastille 1—4 Zentigr. Hg enthält. Diese Pastillen werden unter das Präputium gebracht, wo sie schnell schmelzen. Das Hg wird rasch resorbiert. Die Methode ist in erster Linie angezeigt bei Behandlung syphilitischer Erscheinungen am Penis und der Inguinaldrüsen, ferner als



Prophylaktikum. Die Methode sei aber auch brauchbar zur Allgemeinbehandlung der Syphilis. L. Halberstaedter (Berlin).

Milian. Le lisère mercuriel. Le progr. med. 1909. Nr. 48.

Milian beobachtete bei leichter Stermatitis mercurialis einen Hg-Saum am Zahnfleisch, der dem bekannten Bleisaum ähnlich ist. Der Hg-Saum ist eine 1—2 *mm* breite, grauviolette Linie, die an dem Zahnansatz der Gingiva zu sehen ist, den Bögen derselben folgt und an Zahnlücken unterbrochen ist. Dieser Hg-Saum ist, wenn er einmal aufgetreten ist, sehr hartnäckig. L. Halberstaedter (Berlin).

Neugebauer, O. Wien (Abteil. Oppenheim): Über Ergebnisse einer zusammengesetzten Quecksilber-Arsazetin-Chinintherapie bei Syphilis. Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 4.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind folgende: Die kombinierte Therapie war nicht imstande, in den präventiv behandelten Fällen das Auftreten der Allgemeinerscheinungen zu verhindern, sondern nur, dieses um ein bis zwei Monate hinauszuschieben. Es konnte auch das Auftreten von Rezidiven nicht hintangehalten oder diese selbst gemildert werden, es hatte vielmehr den Anschein, als ob diese reichlicher und vielleicht auch früher auftraten. Schließlich ermahnen aufgetretene Nebenerscheinungen zur Vorsicht. Viktor Bandler (Prag).

Neisser, Alb. Asurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung. Therapeutische Monatshefte 1909. XXIII. Band. pag. 627.

N. empfiehlt das Asurol, ein lösliches Doppelsalz aus Quecksilbersalizylat und amidooxyisobuttersaurem Natron mit einem Gehalt von 40·3 Proz. Hg. das in gebundener, nicht ionisierbarer Form im Salz enthalten ist. Das Asurol hat den Vorteil, löslich zu sein und kein Eiweis zu fällen. Die Resorption der injizierten Asurollösung geht rasch von statten, diese wird dafür aber auch bald ausgeschieden; sie entfaltet daher eine sehr akut einsetzende und energische, aber weniger nachhaltige Wirkung. Etwaige vorübergehende Nebenwirkungen stellen sich auch bald ein. Doch kann man sehr viel größere Einzeldosen des Asurols, d. h. also von Hg, injizieren, ohne Organschädigungen zu erleben; die Ausscheidung geschieht mehr durch den Darm als durch die Nieren. Die Wirkung des Asurols beruht wohl darauf, daß es als Asurollösung im Organismus verteilt und dann allmählich — ähnlich den unlöslichen Hg-Salzen — durch die Salze des Serums in eine wirksame Form übergeführt wird. — Um der akuten Wirkung des Asurols eine nachhaltig wirkende Behandlung hinzuzufügen, empfiehlt N. die Kombination von Asurol mit dem (Pariser oder Breslauer) grauen Öl mit seiner alle Präparate übertreffenden Remanenz und seiner, gleich wie beim Asurol, sehr guten örtlichen Vertragbarkeit. V. Lion (Mannheim).

Jessner. Zur Injektionsbehandlung der Syphilis. Therapeutiche Monatshefte 1910. XXIV. Bd. pag. 94.

Verf. empfiehlt zur Injektionsbehandlung tägliche Einspritzung von 1 cm^3 1%iger Hydrarg. oxycyanatlösung, bzw. 3mal wöchentliche



Injektion derselben Menge 2%iger Lösung, eventuell je mit Zusatz von ½% Alipinum nitricum, und wünscht besonders bei Anwendung von Asurol Parallelversuche mit dieser Lösung. V. Lion (Mannheim).

Schoeller, W. und **Schrauth,** W. Zur Synthese des Asurol. Therapeutische Monatshefte 1909. XXIII. Bd. pag. 631.

Verf. besprechen die Untersuchungen, die zur Synthese des „Asurol" geführt haben, das sich von den gefundenen Körpern therapeutisch am besten bewährt hat. V. Lion (Mannheim).

Eckermann. Über die Anwendung des Alypin nitr. als ungiftigen Kokainersatz bei der subkutanen Quecksilbertherapie. Fortschr. d. Medizin 1910. Nr. 3.

Verf. empfiehlt zu Injektionen:

Rp. Hydrag. oxycyanat. . . 0·2,
Alypin nitric. . . . . 0·1,
Aq. dest. . . . . . *aa* 20.

Max Leibkind (Breslau).

Fournier, Henri. Sur un cas de Thébaisme chez un malade au cours du traitement specifique. Journ. des maladies cutanées et syphilitiques. VII. 1909.

Fournier hat das Auftreten eines Kokainismus beobachtet nach täglicher Injektion eines löslichen Quecksilberpräparates (Bijodate), welches zum Zwecke der Analgesierung mit Kokain versetzt war. Dieser Fall erinnerte ihn an einen anderen, der eine Opiumvergiftung akuter Natur durch Einnahme von Sublimatpillen, die mit Opiumextrakt bereitet waren und täglich 4—5 Pillen nahm. Durch Aussetzen des Opiums wurde der Kranke von seiner Vergiftung befreit. Fournier warnt daher vor derartigen Kombinationen. M. Oppenheim (Wien).

De Bella, A. Über eine neue Methode zur Beseitigung des Schmerzes bei den Injektionen löslicher Quecksilbersalze. La Liguria med. Nr. 4. 15. Februar 1910.

De Bella gebrauchte Hydrargyrum bijodatum und Hg benzoicum und zwar 1% Lösungen gemischt mit einer 10% Lösung von reinstem Zucker. Die Herstellung erfolgte im Laboratorium der dermatol. Klinik in Genua. Man muß im Autoklaven die Lösung von Hg und von Zucker getrennt sterilisieren, dann die Lösungen erkalten lassen und schnell und vorsichtig mischen. Der große Vorteil bei den Injektionen mit einer derart bereiteten Lösung bestand darin, daß keine Schmerzen auftraten. Die Erfolge waren so gut, wie man sie sonst bei Sublimateinspritzungen zu erhalten pflegt. J. Ullmann (Rom).

Fränkel und **Kahn,** (Magdeburg). Ein Beitrag zur Enesolbehandlung der Syphilis. Med. Kl. Nr. 7. 1910.

Die Verf. behandelten eine Anzahl von Luesfällen mit Enesol einem löslichen Quecksilberarsensalz und sind mit den Resultaten sehr zufrieden. Sie rühmen besonders die geringe Toxizität des Mittels, das von den Kranken bestens vertragen wurde. Das Präparat wird intramuskulär



injiziert. Anfänglich 1 *ccm* pro dosi et die, später 2 *ccm*, man gibt ungefähr 50 Injektionen. Ludwig Zweig (Dortmund).

Lambkin, F. J. Die kombinierte Quecksilber und Arylarsonatbehandlung der Syphilis. The Lancet. 1910. Jan. 1. pag. 23.

Lambkin berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit dem von Greeff dargestellten Quecksilberatoxylat, welches 23·7% Arsenik und 31·8% Quecksilber enthält. Es ist dies ein weißes Pulver, welches in Wasser so gut wie unlöslich ist. Er verwendet das Präparat in Suspensionen in Olivenöl, Paraffin etc. Bisher konnte Lambkin toxische Wirkungen des Präparates nicht feststellen. Die therapeutische Wirkung war stets eine gute. Die Injektionen sollen intramuskulär, nicht subkutan gegeben werden. Fritz Juliusberg (Posen).

Hübner. Ältere und neuere Anschauungen über die Quecksilberbehandlung der Syphilis. Fortschritte der Medizin. 1910. Nr. 13.

Verfasser gibt einen historischen Überblick über die Anschauungen, welche zu verschiedenen Zeiten über Zweckmäßigkeit, Häufigkeit und Dosierung der Hg-Behandlung bestanden haben, und stellt sich auf den Standpunkt, den Fournier und Neisser einnehmen: Energische chronische intermittierende Hg-Behandlung. Max Leibkind (Breslau).

Schlaßberg. Die chronisch-intermittierende Hg-Behandung der Syphilis in poliklinischer Praxis. Dermatologische Zeitschr. 1910. Nr. 77.

Schlaßberg berichtet über die Art der Behandlung an der Poliklinik in Stockholm und zeigt durch Zahlen, daß die poliklinischen Patienten sich dauernd einer intermittierenden Behandlung unterziehen, wenn ihnen selbe vor allem keine Ungelegenheiten und Kosten verursacht. Fritz Porges (Prag).

Alt. Das neueste Ehrlich-Hatapräparat gegen Syphilis Münchn. mediz. Wochenschr. 1910. Nr. 11.

Bericht über die Wirkungsweise einer neuen Substanz bei der Therapie der Syphilis. Dieses neue von Ehrlich und seinem Mitarbeiter Bertheim dargestellte und von Hata durch Tierversuche erprobte Mittel ist ein Derivat des Arsenobenzols und ist anscheinend noch wirksamer als das Arsenophenylglyxin.

Das charakteristische an der Wirkungsweise des neuen Heilmittels ist, daß eine spezifische Beeinflussung durch eine einmalige Injektion unverkennbar ist. Es wurden 27 Fälle mit florider Lues mittels einmaliger Einspritzung von 0·3 *g* behandelt und geradezu „verblüffende Bahandlungserfolge" erzielt. Oskar Müller (Recklinghausen).

Hammes, Franz. Zur Beurteilung des Arsazetins (Ehrlich) und seiner Einwirkung auf den Sehnerven. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. 1910.

Wenngleich das Arsazetin für die Verwendung der Arsenpräparate einen Schritt weiter bedeutet, warnt Hammes doch vor dem rückhalt-



losen Gebrauch dieses Mittels, welches noch nicht geeignet sei, ältere Behandlungsmethoden zu verdrängen. Der günstige Erfolg in einigen Fällen wird reichlich aufgewogen durch bedenkliche Schädigungen. Als Beleg für diese Meinung berichtet Verf. über schwere Sehstörung infolge einer toxischen retrobulbären Neuritis n. optici nach Arsazetininjektionen bei einem Patienten, der unter Bronchiektasien, sekundärer Anämie (verborgener maligner Tumor?) verstarb. Max Joseph (Berlin).

Röthig, Paul. Weitere Untersuchungen am Zentralnervensystem von mit Arsazetin behandelten Mäusen (sogenannten künstlichen Tanzmäusen). Deutsche medizinische Wochenschr. Nr. 50. 1909.

Röthig beobachtete bei weißen Mäusen nach Arsazetin-Injektionen lebhafte Tanz- und Zickzackbewegungen. Bei einer alten Arsazetinmaus, welche 162 Tage nach den Injektionen getötet und anatomisch untersucht wurde, fanden sich Degenerationen im Tractus opticus und Nevous vestibular. Jüngere Arsazetinmäuse wiesen 3—32 Tage nach den Injektionen zwar die gleichen Veränderungen im N. vestibilar., aber keine Degeneration des Tractus opticus auf. Max Joseph (Berlin).

Köster, Georg. „Klinischer experimentell-pathologischer Beitrag zur Atoxylvergiftung." Fortschr. d. Medizin. 1909. Nr. 31.

Zusammen mit A. Birch-Hirschfeld hat Köster an Atoxylvergifteten Menschen und Tieren Untersuchungen angestellt.

Der eine Patient, ein 45jähr. Mann, früher Potator, erhielt wegen Psoriasis vulgaris 45 Injektionen = 9 *g* Atoxyl.

Schon nach 3 Wochen entwickelte sich beiderseits eine Sehnervenatrophie, die auf dem rechten Auge bald zu einer völligen Erblindung führte, während auf dem linken bei einem minimalen Gesichtsfeld noch $^{6}/_{20}$ Sehkraft übrig blieb. Dabei erhielt sich auch auf dem völlig erblindeten Auge die Papillenreaktion dauernd.

Der andere Kranke, ebenfalls früher Potator, 55 Jahre alt, erhielt 82 Spitzen = 6·4 Atoxyl. Schon in den ersten Wochen trat eine Abnahme der Sehschärfe, erhebliche Einschränkung des Gesichtsfeldes und völlige Erblindung ein. Pupillenreaktion stets erhalten geblieben.

Bei beiden Patienten traten nach der 4. bzw. 32. Injektion Inkontinenzerscheinungen seitens der Blase und des Mastdarms auf. Bei beiden Pat. waren die Sehnenreflexe andauernd gesteigert, sowie bei beiden die ophthalmoskopische Untersuchung negativ. Auch bei den Versuchshunden wurde der Augenhintergrund stets normal befunden.

Bei dem einen der Kranken, der $2^{1}/_{2}$ Jahre nach eingetretener Erblindung gestorben war, wurden beide Nervi optica in ihrem ganzen Verlaufe sowie die Netzhäute histologisch untersucht, und dabei schwere Veränderungen gefunden. Analog verhielten sich die Versuchstiere. Dabei konnte festgestellt werden, daß der Hund dem Atoxyl gegenüber empfindlicher ist als das Kaninchen, und ähnlich empfindlich wie der Mensch.



Aber auch an anderen Organen wurden ausgedehnte Veränderungen gefunden, so an Herz, Leber, Nieren. Max Leibkind (Breslau).

Lenzmann, R. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Chininpräparaten. Dtsch. med. Woch. Nr. 49. 1909.

Da erfahrungsgemäß der Syphiliserreger gegen ein ihn beeinflussendes Medikament refraktär wird, so rät Lenzmann zur Anwendung verschiedener Mittel. Neben dem hauptsächlichsten Spezifikum, dem Quecksilber, sind Jod, Arsazetin und Chinin zu gebrauchen. Besonders gute Erfolge sah Verf. von einer Kombination des Arsazetin mit Chinin, einem in Olivenöl aufgeschwemmten weißen Pulver, von welcher Aufschwemmung intramuskuläre Injektionen gemacht wurden Zum Schlusse jeder Kur sollte Jod gegeben werden. Die Entscheidung, ob eine neue Kur vorzunehmen sei, macht Verf. vor allem von dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion abhängig. Max Joseph (Berlin).

Sabella, P. Hydrotherapie bei Syphilis. Il Morgagni. Nr. 8. 5./II. 1910.

Nach Sabella ist die Hydrotherapie im allgemeinen und die Anwendung (1 Minute) der kalten Dusche im besonderen bei allen Formen von Früh- oder Spätsyphilis indiziert. Die Behandlung mit Hg und JK wird dadurch unterstützt. Man kann auf diese Weise günstige Resultate erzielen:

1. in Fällen, wo die spezifische Kur allein nicht ausreicht,
2. dann, wenn eine intensive Hg-Behandlung nötig ist,
3. in Fällen, bei denen Hg in den gewöhnlichen Dosen wegen einer Idiosynkrasie des Organismus sonst nicht ertragen würde.

J. Ullmann (Rom).

Braitmaier. Über ein perkutan hervorragend resorbierbares Jodpräparat, das „Jothion". Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XLI.

Braitmaier empfiehlt Jothion nie stärker als 10% zu verwenden. Es hat ihm bei Drüsen- und Sehnenscheidenentzündungen, Gicht, Periostitis, Pleuritis sehr gute Dienste geleistet. Ludwig Waelsch (Prag).

Leyden, Hans. Ein Beitrag zur Jothion-Therapie. Therapeutische Monatshefte 1910. XXIV. Bd. p. 95.

Verf. hat Jothionglyzerin (Jothion 2·5, Alkohol absol. 10·0, Glyzerin wasserfrei ad 50) mit gutem Erfolg bei nässendem Hautekzem des Gesichts beim Kinde und bei Erwachsenen angewandt. Ebensolch günstige Resultate ergaben Jothionglobuli bei Fluor der Frauen aus verschiedensten Ursachen. Verf. erwähnt die Möglichkeit, auch bei der Gonorrhoe des Mannes gute Erfolge zu erzielen, da der Reiz des Jothionglyzerins auf die Harnröhrenschleimhaut sehr gering ist. V. Lion (Mannheim).

Hellmer, Ernst. Therapeutische Beobachtungen über Purjodal. Die Heilkunde. 1910. Heft 1.

Purjodal enthält die Sarsaparilla in Form eines wohlschmeckenden Sirups mit 2% Jodnatrium-Zusatz. Verf. hält das Mittel für eine äußerst glückliche Kombination der zwei wichtigsten Heilkomponenten der Spät-



formen der Lues. Seine bisherigen Versuche und Beobachtungen scheinen ihm dies zu bestätigen, was aus den sechs auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten hervorgeht. Auch bei Skrofulose wurde Purjodal mit gutem therapeutischen Erfolge angewendet.

Alfred Kraus (Prag).

Augle, Edward J. „Staphylokokkenvakzine zur Unterstützung der Behandlung hartnäckiger ulzeröser Syphilide."

Verfasser empfiehlt bei Syphiliden, welche gegenüber Hg refraktär waren, Staphylokokkenvakzine. Max Leibkind (Breslau).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Lochrane, C. D. Chronische Gonorrhoe beim Weibe. The Practioner. März 1910.

Schilderung der Symptome, Komplikationen und Therapie. Enthält nichts neues. Wilhelm Balban (Wien).

Belfield, William. Eiterung des Seminaltraktus. The Journ. of Amer. Med. Association. 1909. 25. Dez. pag. 2141.

Belfield kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Eiterinfektion des Seminaltraktus mit Verschluß der Ductus ejaculatorii verwandelt bald das Samenbläschen, das Vas deferens und die Epididymis in einen geschlossenen Abszeß; 2. Vasostomie ist das einfachste und geeigneteste Mittel zur Entleerung des Eiters, zur Entspannung und zur Behandlung von Vas und Vesicula; 3. die Effekte dieser Infektion auf die Harnorgane bestehen in Verschluß des Ureter mit folgenden Nierenveränderungen; 4. Impotenz, Sterilität und Sexualneurosen beim Manne sind häufige Folgen der Eiterinfektionen des Seminaltraktus; Vakzinebehandlung, sorgfältig angewandt, ist die geeigneteste interne Therapie gegen diese Eiterinfektionen. Fritz Julinsberg (Posen).

Batut (Marseille). Les complications nerveuses de la Blennorrhagie. Journ. des malad. cut. et syph. Fas. XI. 1909.

Batut unterscheidet: 1. periphere blennorrhagische Polyneuritiden und zwar die sensorischen Neuritiden, die hauptsächlich den Opticus und Akusticus betreffen, dann die sensibel-motorischen Neuritiden, die sich als Ischias, als Talalgie und als Polyneuritis generalisata der unteren Gliedmaßen äußern;

2. spinale und spinal-meningeale Erscheinungen; 3. zerebro-meningeale Symptome und 4. Neurosen wie Neurasthenie und Hysterie.

M. Oppenheim (Wien).

Irons, E. E. Gonokokkämie. Archives of internal medicine. Chicago. Dez. 1909.

Kurz sei auf die gut im Journal of the Americ. Med. Ass. 1910, 22. Jan. referierten Fälle von Irons hingewiesen; es handelt sich um



6 Fälle von komplizierter Gonorrhoe mit Endokarditis, Gelenkerscheinungen etc.; in allen diesen Fällen gelang es kulturell den Gonococcus aus dem Blute zu isolieren. Fritz Juliusberg (Posen).

Edwards, Arnold, Chronische Erkrankung des Colliculus seminalis. The Brit. Med. Journ. 1909. 11. Dez. pag. 1672.

Edwards lenkt in diesem Artikel die Aufmerksamkeit auf die verschiedenen krankhaften Zustände des Colliculus seminalis, die eine wichtige Rolle für die Erklärung gewisser Neurosen spielen. Sie können eine Folgeerscheinung einer Gonorrhoe darstellen, können aber auch nach sexuellen Exzessen, nach häufiger Masturbation etc. auftreten. Wir haben heute in Goldschmidts Irrigationsurethroskop ein geeignetes Instrument, diese Veränderungen zu konstatieren. Interne Heilmittel leisten gegen sie nur wenig, als Adjuvantien kommen höchstens Bromkalium in großen Dosen und der Fluidextrakt der Salix nigra in Betracht. Es empfiehlt sich vorsichtig unter Kontrolle des Endoskops lokal vorzugehen. E. beginnt mit Jodtinktur und geht dann zu 5proz. Kupfersulfat und 5 bis 20proz. Argent. nitric.-Lösungen über. In sehr hartnäckigen Fällen kann man zum elektrischen Kauter greifen. In vorgerückteren Stadien kommt der elektrische Strom in Betracht.

Fritz Juliusberg (Posen).

Stern, Charles. Ein Fall von periurethralem Abszeß. The Journ. of Americ. Med. Assoc. 1910. 29. Jan. pag. 375.

Stern berichtet über einen Fall von gonorrhoischem subfrenalem Abszeß als Ursache rezidivierender gonorrhoischer Urethritis. Operation des Abszesses mit genauer Angabe der Technik.

Fritz Juliusberg (Posen).

Valenten, F. C. und **Townslume,** T. M. Über akute gonorrhoische Prulatitis. N.-Y. Med. Res. 11. Dez. 1909.

Nichts neues. Heimann (New-York).

Mayer. Akute kryptogenetische Polyarthritis gonorrhoica. Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 49.

Krankengeschichte eines Falles von Polyarthritis, die später durch den einwandsfreien mikroskopischen und kulturellen Nachweis von Gonokokken im Gelenkeiter als gonorrhoische festgestellt wurde. Befallen waren 7 Gelenke mit starker ödematöser Schwellung und Periostitis in der nächsten Umgebung der Gelenke. Am Endgelenk des fünften linken Fingers kam es sogar zu eitriger Osteomyelitis und späterer Ankylosierung des Gelenkes.

Der Fall ist deshalb besonders interessant, weil anamnestisch jeder Anhaltspunkt für eine Gonorrhoe fehlte und auch die genaue Untersuchung der Geschlechtsorgane ein völlig negatives Resultat hatte. Auch das sprunghafte Auftreten der Gelenkerkrankung und das Befallensein vieler Gelenke ist abweichend von dem gewöhnlichen Bilde der Arthritis gonorrhoica. Oskar Müller (Recklinghausen).

Asher. Keratitis gonorrhoica metastatica. Zeitschrift für Augenheilk. Bd. XXII. H. 5.



Verf. behandelte einen Patienten, bei dem während des Bestandes einer gonorrhoischen Kniegelenksentzündung eine Keratitis auftrat. Die Keratitis heilte zugleich mit der Kniegelenksentzündung ab. Verf. glaubt daraus den Schluß ziehen zu können, daß es sich dabei um eine Keratitis gonorrh. metastatica gehandelt habe. Den bakteriologischen Nachweis hat er nicht erbracht. Edgar Braendle (Breslau).

Eudokimow. Zur Frage der aszendierenden gonorrhoischen Peritonitis. Journal russe de mal. cut. 1909.

Bei beiden Patienten (27 und 35jähr.) kam es im Verlaufe einer Epididymitis und Deferenitis acuta zu einer Anschwellung, deren Begrenzung die Linea alba, das Poupartsche Band und eine Linie vom Nabel bis zur Spina ant. sup. bildeten. Die größte Druckschmerzhaftigkeit bestand im Leistenring. Fieber, Erbrechen, Obstipation.

Ruhe, Eis, Darmentleerung, Jodkali brachten in 2—3 Wochen Aufsaugung des Infiltrates, das Eudokimow für eine zirkumskripte, durch gonorrhoische Toxine hervorgerufene Peritonitis anspricht, hervor.

Richard Fischel (Bad Hall).

Watson, David. Die Behandlung der gonorrhoischen und Mischinfektionen des weiblichen Genitaltraktus mit Milchsäurebazillen. The Brit. Med. Journ. 1910. 22. Jan. pag. 192.

Watson behandelt in folgender Weise die weibliche Gonorrhoe: Er benutzt eine reichlich Milchsäurebazillen enthaltende Flüssigkeit, die aus abgerahmter Milch durch Filtration dargestellt ist und führt diese nach sorgfältiger Reinigung der Scheide in diese ein. Zunächst kommt es zu einer Vermehrung des Fluors, der sich aber in seinem Charakter gänzlich ändert. Er bleibt nicht eitrig, sondern wird weißlich und dünn. In den meisten Fällen wird die Sekretion in einigen Tagen normal. In anderen Fällen muß die Behandlung mehrere Wochen erneuert werden. Auch in zwei Fällen von männlicher Gonorrhoe erwies sich diese Therapie als vorteilhaft. Die Arbeit enthält keine Bemerkung über das Verhalten der Gonokokken vor und nach der Behandlung.

Fritz Juliusberg (Posen).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Förster, F. W. Sexualethik und Sexualpädagogik. Zweite verm. Auflage. J. Kösel, München 1909. 8°. 236 Seiten. M. 2.40.

Die Freiheit der Triebe führt zur Sklaverei; nur wer die Triebe unter das Joch seines Willens beugt, wer sie beherrscht, wird wahrhaft frei. Dies die Grundtendenz des Buches. Wir können ihr rückhaltslos beipflichten und begrüßen sie sogar als eine gesunde Reaktion auf die zum Übermaß anschwellende „Aufklärungsliteratur" mit ihrer feierlichen Betonung des Sexuellen und der liebevollen Pflege des Rechtes auf Erotik. Und wenn der Autor zur Stütze seiner Lehre auf die von Christus und den Heiligen bewußt geübte Askese hinweist, so können wir auch dies nur als vom pädagogischen Standpunkt geschickt bezeichnen. Bedauerlich ist nur, daß der Autor sein Werk von den Fehlern übertriebener Tendenz nicht ganz freihalten konnte, doch fällt das dem vielen Guten gegenüber kaum ins Gewicht und ist auch praktisch von untergeordneter Bedeutung, weil der Autor dann gleich so stark aufträgt, daß die Übertreibung durchsichtig wird. Wenn der Autor z. B. Michelangelos „Erschaffung des Weibes" interpretiert: „Sofort nach ihrer Entstehung erhebt sie flehend die Hände zu Gott, als ob sie elementar fühlte, daß sie verloren ist, wenn das Verhältnis der Geschlechter der bloßen Natur ausgeliefert und nicht unter den Schutz des heiligen Geistes gestellt ist," so läßt man ihn eben bei seiner Ansicht, ohne zu folgen. Mit der reinen, d. h. nichts weiter wollenden Freude am Schönen steht der Autor überhaupt auf dem Kriegsfusse, findet das Nackte unkünstlerisch und unpädagogisch. „Weil eine halbverhüllte Darstellung eine ungesunde, erregende Wirkung hat, ist deshalb die ganz enthüllte Darstellung in Kunst und Leben noch lange nicht ein Einschläferungsmittel für die Sinne, sondern nur eine andere Art von Anstachelung." Ja, sollen denn die Sinne schlafen? Der Autor vergißt, daß er die wachen Sinne beherrschen lehren will. Solche Entgleisungen können dem Buch, das durch zahlreiche interessante Belege aus der Literatur — namentlich seinen Goethe hat der Autor gut gelesen — belebt wird, seinen Wert nicht nehmen und wir werden dieses Buch, und gerade dieses Buch Eltern zur Lektüre empfehlen — insolange wir kein anderes haben, welches das — wir wollen es dem Autor zugestehen — wenige Gute der Gegenseite enthält. Viel müßte der Autor nicht mehr ändern, um uns dieses Buch zu geben. Walther Pick (Wien).



Müller, Julius. Syphilis und Ehe. Würzburger Abhandlungen IX. 8. Würzburg. Kurt Kabitzsch 1909. M. —.85.

Der Autor behandelt die Frage in eingehender Weise vom medizinischen, sozialethischen und juridischen Standpunkt aus, unter Berücksichtigung der neuesten Forschungsergebnisse und wird dem Praktiker mit dieser Schrift eine willkommene Orientierung bringen.

Walther Pick (Wien).

Philippson. Dermatologische Diagnostik. Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Fritz Juliusberg. Berlin. J. Springer. 1910. kl. 8°. 91 Seiten. Broch. M. 2 80, geb. M. 3.60.

Der Autor hat hier den interessanten Versuch unternommen, eine pathologische Anatomie der Haut auf klinische Beobachtung zu begründen. Es werden nicht wie sonst Primärefflorescenzen beschrieben, sondern der anatomische Prozeß in den klinischen Erscheinungen, die er hervorruft, geschildert. Die Themen der einzelnen Kapitel des ersten Teiles (allgemeine pathologische Anatomie) sind durchwegs anatomisch und auf dieser Basis baut sich sinngemäß die klinische Beschreibung auf. Die Vorteile dieser Methodik kommen dem zweiten Teile (Die Untersuchung der Hautkrankheiten), welcher ein Schema der Untersuchung und eine genaue Anleitung zur klinischen Beobachtung enthält, zustatten. So führt uns der Autor zur anatomischen Diagnose, der dann erst die klinische zu folgen hat.

Das gute Buch sei speziell didaktischen Zwecken bestens empfohlen• und wir müssen Dr. Juliusberg aufrichtig dankbar dafür sein, daß er es uns leichter zugänglich gemacht hat. Walther Pick (Wien).

Friedmann. La photothérapie, ses avantages dans le traitement du lupus vulgaire. Paris. Vigot Frères. 1910. kl. 8°. 3 Fr.

Der Autor gibt nach einem kurzen Rückblick über die Häufigkeit des Lupus eine genaue Beschreibung des Finsenapparates und seiner Applikationstechnik, beschreibt die Vorgänge nach der Bestrahlung klinisch und histologisch, gibt eine Übersicht der bisher erzielten Resultate und eine genaue Indikationsstellung.

Der zweite Teil ist den Modifikationen des Finsenapparates gewidmet, denen der Autor gewisse Indikationen zuerkennt, wenn auch keine derselben die Wirkung des Finsenapparates beim Lupus vulgaris erreicht. Ein Schlußkapitel beschäftigt sich mit der Anwendung der sensibilisierenden Substanzen in der Phototherapie.

Das kleine Büchlein erfüllt seinen Zweck einer raschen Orientierung in ausgezeichneter Weise und wird, da ein kurzgefaßtes Kompendium in französischer Sprache bisher noch nicht existiert, sicher einen großen Leserkreis finden. Walther Pick (Wien).



Masotti. Behandlung der Hauterkrankungen mit Radium. Paris 1910. J. B. Baillière et fils.

Die Entwicklung der Radiumtherapie ist merkwürdig langsam von statten gegangen. Es ist das große Verdienst einiger französischer Autoren, in der letzten Zeit diesem Fortschritte mächtige Impulse gegeben zu haben. Masotti hat in Danlos Abteilung mit einigen reich beschickten Radiumträgern in systematischer Weise behandelt. Die vorliegende sehr belehrende Schrift zeigt uns die Resultate seiner gründlichen und zielbewußten Arbeit. Die glänzendsten Erfolge erzielt man bei der Naevusbehandlung. Nicht bloß Naevi plani von oberflächlichem oder tieferen Sitze, sondern auch elevierte Gefäßnaevi, Pigmentmäler, und selbst Angiofibrome von bedeutender Ausdehnung behandelte der Autor mit vollem Erfolge in bezug auf Ausheilung und ästhetisch befriedigende Vernarbung. Die verschiedenartige Technik, die je nach der Beschaffenheit des Naevus am Platze ist, beschreibt er mit dankenswerter Genauigkeit. Keloide, das Aknekeloid des Nackens — Erkrankungen, die anderen Heilmethoden gegenüber sich als recht hartnäckig erweisen — weichen unter Radiumapplikation. Für das Epitheliom ist die Radiumtherapie oftmals die Methode der Wahl. Verfasser berichtet auch von gewissen Erfolgen bei der Lupusbehandlung mit Radium in Kombination mit Skarifikation, ohne jedoch zu verkennen, daß bei dieser Erkrankung meist andere Verfahren den Vorzug verdienen. Auch bei Lupus erythematosus sah Verfasser Erfolge. Er erwähnt ferner Fälle von Leukoplakie, die er mit Radium geheilt hat. Acne vulgaris, Rosacea, Lichenifikation, trockene Ekzeme, sind zur Radiumbehandlung nicht selten heranzuziehen; die Technik muß bei diesen Dermatosen so durchgeführt werden, daß sichtbare Narbenbildung vermieden wird.

Das Radium ist in vielen Fällen der Röntgentherapie, mit welcher es eine ähnliche Indikation hat, überlegen.

Jeder, der die glückliche Gelegenheit hat, Radium bei Hauterkrankungen verwenden zu können, wird aus den reichen klinischen Erfahrungen des Autors und den interessanten technischen Details, die er in diesem Büchlein uns freigebig übermittelt, gerne schöpfen.

Alfred Jungmann (Wien).

Hasselbach, K. A. Untersuchungen über die Wirkung des Lichtes auf Blutfarbstoffe und rote Blutkörperchen wie auch über optische Sensibilisation für diese Lichtwirkungen. Biochemische Zeitschrift. XIX. Bd. 6. Heft. Berlin. 1909.

Erst die rapide Entwicklung stark chemisch wirkender Lichtquellen in den letzten Jahrzehnten sowie die Entdeckung der photobiologischen Sensibilisation, wodurch kräftige Lichtwirkungen auf das Blut ermöglicht wurden, gestatteten die wenn auch meßbare so doch geringe Wirkung der sichtbaren Lichtstrahlen auf die Blutfarbstoffe und Blutkörperchen zu studieren.



H. benützte zu seinen Versuchen die Quecksilberquarzlampe und prüfte die Wirksamkeit der Lichtstrahlen von verschiedener Wellenlänge. Dabei stellte sich heraus, daß am wirksamsten Lichtstrahlen von Wellenlänge unter 310 $\mu\mu$ sind, doch auch die sichtbaren Lichtstrahlen haben nachweisbare Wirkungen. Die Experimente wurden an frischem, defibriniertem Ochsenblute vorgenommen.

H. Versuche zeigen, daß Blutkörperchen durch Belichtung gelöst werden, sowohl in Luft als im Vakuum. Es wurde ferner eine genaue Prüfung der Bedingungen vorgenommen, unter welchen unter dem Einflusse von Lichtstrahlung Destruktion des Hämoglobins und seiner Derivate stattfindet. Hasselbach lehrt uns eine Anzahl chemischer Lichtreaktionen. Durch Farbensensibilisatoren können H.'s Reaktionen beschleunigt werden. Die Rolle, die der Sensibilisator spielt, ist nach H. die eines licht absorbierenden, leicht oxydierenden Stoffes.

Alfred Jungmann (Wien).

Nobl, G. Der variköse Symptomenkomplex (Phlebektasie, Stauungsdermatose, Ulcus cruris), seine Grundlagen und Behandlung. Urban u. Schwarzenberg. Wien 1910.

Jedem Arzte ist wohl bekannt, wie traurig oft das Los der Patienten mit einem größeren Unterschenkelgeschwür ist, wie sie von Abteilung zu Abteilung geschoben werden, um schließlich im Siechenhause eine Unterkunft zu finden, obwohl sie sonst noch völlig arbeitsfähige Menschen wären. Wie groß die Zahl dieser Leidenden ist, eine wie schwere Belastung der Krankenkassen und Gemeinwesen dieselben bilden, darüber gibt ein eigenes Kapitel in dem vorliegenden Buche Aufklärung.

Umso angenehmer und erfreulicher ist die Aussicht, daß der Arzt in vielen Fällen mit Geduld und bei richtiger Anwendung der therapeutischen Maßnahmen diese Kranken wieder ihrem Erwerbe zuführen kann.

Nobl geht zunächst nach einigen kurzen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen auf die Pathologie und pathologische Histologie der einschlägigen Veränderungen ein, hierauf folgt die Besprechung der Genese und der Ursachen der Erkrankung und deren wirtschaftliche Bedeutung. Die reiche klinische Erfahrung, die scharfe Beobachtung des Verfassers spricht sich besonders in dem Abschnitt über Symptomatologie und Therapie der Beinleiden aus, wobei die Differentialdiagnose gegen häufigere und seltenere Affektionen (Lues, Tuberkulose, Lepra, Aktinomykose etc.) besonders wertvoll ist.

Der Verf. hat sein Thema nicht nur mit aller Gründlichkeit angefaßt — man beachte die kolossale Literaturübersicht —, sondern auch seine eigene, an klinischem und ambulantem Materiale gesammelte Erfahrung kritisch verarbeitet und uns so auf einem verhältnismäßig kleinen Raume den Sukkus derselben gegeben. Wo noch Lücken in unseren Kenntnissen bestehen, da werden sie nicht verdeckt, dagegen wird das Feststehende klar und präzis hervorgehoben. Wir können lernen, daß da,



wo sich der Arzt auf die feste Grundlage der ätiologischen Behandlung stellt, der Erfolg nicht ausbleibt. Im Interesse der an varikösen Erkrankungen Leidenden ist das Buch nicht nur für Dermatologen, sondern auch für jeden praktischen Arzt von großem Werte.

Das Werk wurde vom Verlage sehr gediegen ausgestattet. Zahlreiche Abbildungen im Texte unterstützen das Verständnis, zwei Tafeln in Farbendruck enthalten sehr gelungene Reproduktionen von Moulagen verschiedener Affektionen des Unterschenkels. R. Volk (Wien).

Jessner. Hauttuberkulose. Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 21. Würzburg. Curt Kabitzsch. 1909.

Jessner. Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Dermatol. Vorträge für Praktiker. H. 1. Würzburg. Curt Kabitzsch. 1910.

Beide Themata sind in der klaren, prägnanten Manier des Verfassers abgehandelt; dieselbe kommt namentlich in der Besprechung der Therapie sehr schön zur Geltung, wobei eine, gerade für den Praktiker sehr zweckmäßige Auswahl und Beschränkung statt hat. Walther Pick (Wien).

Henry Phipps Institute. Dritter, vierter und fünfter Jahresbericht. Philadelphia, im Selbstverlag. 1907—1909.

Aus dem reichhaltigen Stoffe der 3 starke Bände darstellenden Jahresberichte geht die Größe der sowohl in humanitärer als in wissenschaftlicher Beziehung geleisteten Aufgabe hervor. Hier seien nur die auch den Dermatologen interessierenden Arbeiten erwähnt, so die von **Flick:** Über Serumbehandlung der Tuberkulose (Negative Resultate mit Maraglianoschem Serum), **Blackwood,** Lymphdrüsen- und Hauttuberkulose (unter 4840 Fällen von Tuberkulose, die in 4 Jahren zur Beobachtung kamen, fanden sich bloß 5 Fälle von Hauttuberkulose, zumeist Lupus). Walther Pick (Wien).

Publications of Cornell University Medical College. Studies from the Department of Pathology. Volume VIII. New York City.

Der stattliche Band enthält die aus obgenanntem College im Jahre 1908 hervorgegangenen, in verschiedenen Zeitschriften publizierten Arbeiten. Wir können uns hier im Wesentlichen nur auf die Wiedergabe der Titel beschränken: **Ewing,** Säureintoxikation und ihre Begleiterscheinungen; **Teagne** und **Buston,** Die gegenseitige Ausflockung von Kolloiden; **Buston** und **Rahe,** Einfluß der Temperatur auf die Ausflockung von Kolloiden; **Rogers** und **Beebe,** Die Behandlung des Thyreoidismus durch ein spezifisches zytotoxisches Serum; **Crile** und **Beebe,** Über Blut-





transfusion bei dem überimpfbaren Lymphosarkom der Hunde. Es wurde Blut von Hunden, die entweder eine natürliche Immunität oder wenigstens Spontanheilung des Lymphosarkoms aufwiesen, auf Tiere mit rasch wachsenden Tumoren transfundiert. Der Effekt war ein günstiger. **Weil,** Über die hämolytische Reaktion des Blutes von lymphosarkomkranken Hunden. Das Serum tumorkranker Hunde wirkt stärker hämolytisch als jenes normaler Hunde; je hochgradiger die Kachexie desto stärker die Hämolyse. Die roten Blutkörperchen tumorkranker Hunde sind widerstandsfähiger gegenüber der Hämolyse. **Weil,** Die hämolytische Reaktion in Fällen von Krebs beim Menschen. (Keine konstanten Resultate.) **Torrey,** Über die natürliche und erworbene Immunität von Meerschweinchen gegenüber dem Gonococcus. (Die Meerschweinchen gehen an einer Toxämie, ausgehend von den toten Gonokokkenleibern, zu grunde. Eine Immunität gibt es nicht, wohl aber Allergie. Eine Art von Immunität ist durch eine Vorbehandlung mit Vakzins zu erzielen, insofern diese Tiere die Injektion der tötlichen Gonokokkendosis noch ertragen; doch ist diese Immunität beschränkt.) **Torrey,** Die Bakteriolyse des Gonococcus und des Meningococcus durch normales und spezifisches Mäuseimmunserum. (Verschiedene Stämme verhalten sich verschieden; durch Inokulation von Gonokokken entstehen bakterizide Substanzen im Serum, die aber, in vitro, oft nur für den betreffenden Stamm spezifisch sind. Ein Antigonokokkenserum war schwach bakteriolytisch für einen bestimmten Meningokokkenstamm; das umgekehrte trat nicht ein.) Weiters enthält der Band noch mehrere Arbeiten hauptsächlich zoologischen Inhalts. Walther Pick (Wien).

City Hospital. Blackwells Island. Medical and surgical Report. New-York, M. B. Brown, 1909.

Der mit vorzüglichen Abbildungen ausgestattete Jahresbericht enthält u. a. folgende Artikel: **Fuller,** Gonorrhoischer Gelenksrheumatismus, geheilt durch seminale Vesikotomie. (In 23 Fällen prompter Effekt. Notwendig ist, daß man sich vor der Operation davon überzeugt, daß keine Tuberkulose vorhanden ist.) **Fordyce,** Die Veränderung der Blutgefäße und der sonstige histologische Aufbau der Hautsyphilide; **Fordyce** und **Arnold,** Eine unbestimmte tropische Geschwürsbildung (cf. dieses Archiv, Band LXXXI, p. 422); **Fordyce** und **Gottheil,** Dermatitis vegetans in ihren Beziehungen zu Dermatitis herpetiformis (cf. dieses Archiv, Band LXXXVIII, p. 397). Walther Pick (Wien).

Spillmann, Paul und **Perrin,** Maurice. Ètudes sur la paralysie générale et sur la tabes. A. Poinat. Paris 1910. Kl. 8°.

In dieser Schrift haben Spillmann und Perrin ihr Krankenmaterial von progressiver Paralyse und Tabes in ihren Beziehungen zur



Syphilis aufs sorgfältigste verarbeitet. Ihre Statistik über progressive Paralyse bezieht sich auf 75 Kranke; bei diesen ist in der Majorität die Krankheit im 32. bis 45. Lebensjahre aufgetreten, 7 Mal bei Kranken, die vorher Tabessymptome zeigten, letztere alles alte Syphilitiker. Alle diese Kranken wurden einer energischen Quecksilber- und Jodbehandlung unterzogen, die Resultate waren so mäßige, daß die Autoren zu dem Schlusse kommen, daß die progressive Paralyse im allgemeinen durch spezifische Behandlung nicht zu heilen ist. Recherchen auf Syphilis ergaben in 81·8% eine sichere, in 91·88% eine sichere oder wahrscheinliche Syphilis. Im allgemeinen können die Autoren die Angabe Fourniers bestätigen, daß die progressive Paralyse im 6. Jahre der Syphilis auftritt. Im allgemeinen hat diese Syphilis einen mittelschweren oder leichten Verlauf.

Das Tabesmaterial der Autoren betrifft 105 Fälle. Sie tritt im allgemeinen in denselben Jahren auf, wie die Paralyse. Die Syphilis war sicher in 81·9% sicher oder wahrscheinlich in 90·47%. Auch bei der Tabes hat die vorausgegangene Syphilis im allgemeinen einen gutartigen oder mäßig schweren Charakter. Demgegenüber erwähnen die Autoren eine Statistik von 32 während 15 Jahren beobachteten energisch behandelten Syphiltikern Spillmanns, von denen keiner Tabes oder Paralyse bekommen hat, selbst nicht solche, die für nervöse Erkrankungen prädisponiert waren. Unter 71 behandelten Tabetikern konstatierten die Autoren 2Mal Heilungen, 18Mal langes Aufhalten der Krankheit, 4Mal Besserungen mit Rezidiven, 8Mal Verlangsamung der Entwicklung, 30Mal teilweise Besserungen und 9Mal vollkommenen Mißerfolg. Im wesentlichen wurden diese Besserungen resp. Heilungen durch das Quecksilber erzielt, das Jod fand keine konstante Anwendung. Also die Tabetiker müssen ebenso wie die Syphilitiker behandelt werden, vor allem mit energischen Quecksilberkuren. Fritz Juliusberg (Posen).

Hovorka und **Kronfeld.** Vergleichende Volksmedizin. Strecker & Schröder. Stuttgart. 1909. 8°. II. Bd. geh. M. 22.40, geb. M. 28.—.

Das groß angelegte Werk, auf welches wir die Leser dieses Archivs bereits aufmerksam gemacht haben, liegt nun abgeschlossen vor und enthält eine derartige Fülle des Neuen und Interessanten, daß es unmöglich erscheint, hievon in einem kurzen Auszug auch nur annähernd ein Bild zu geben. Der erste, allgemeine Teil enthält in alphabetischer Reihenfolge gruppiert Besprechungen der wichtigsten, in der Volksmedizin gebräuchlichen Mittel und Allgemeines über Wesen und Behandlung der Krankheiten. Dieser Abschnitt enthält u. a. sehr ausführliche Artikel über Amulette, Zaubermedizin etc.

Der zweite Teil ist nach Spezialfächern geordnet. Die Geschlechtskrankheiten sind mit den Nieren- und Harnkrankheiten der inneren Medizin eingereiht und enthalten Artikel über Samenfluß, Selbstbefleckung, Trip-



per, Syphilis, Impotenz, Liebeszauber, Verstümmelung der Geschlechtsteile. Wir lernen da eine bei Ovid beschriebene kondomartige Vorrichtung kennen, hören von einem in Westafrika gebräuchlichen Fetisch gegen Syphilis u. a. m. Die Hautkrankheiten bilden einen eigenen, 73 Seiten umfassenden Abschnitt. Wir lesen hier, daß z. B. bei Urtikaria in Franken und Schwaben die Kranken nackt in Mehlsäcke gesteckt werden, bis Schweißausbruch erfolgt. Daß man alle möglichen Würmer, Schlangen in rohem oder gekochtem Zustand, äußerlich oder innerlich, gegen Hautausschläge verwendet findet, ist selbstverständlich. Ebenso daß sehr viel mit Amuletten und Beschwörungsformeln gearbeitet wird. Rotlauf, Blattern, Lupus, Psoriasis vulgaris zeigen einen sehr reichen Arzneischatz. Besonders gilt dies aber von den parasitären Erkrankungen (Läuse etc.), wo der Aberglaube die merkwürdigsten Blüten treibt. Wir lernen eine bei den Batak auf Sumatra gebräuchliche Epilationspinzette kennen, hören, daß man die Hyperidrosis manum dadurch zum Verschwinden bringt, daß man einen Frosch oder eine Kröte in der Hand sterben läßt, daß man Dekubitusgeschwüre mit einer Salbe aus Butter, Eiweiß und Alaun deckt u. a. m.

Wir müssen den beiden Autoren für das große Material, das wir in diesem Buche zusammengetragen finden, dankbar sein und entnehmen der Lektüre des Buches nicht nur viele hochinteressante Tatsachen, sondern wir sehen auch immer wieder, wie Vieles den Weg aus der Volksmedizin in die ärztliche Therapie gefunden hat.

Walther Pick (Wien).

Jessner. Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. IV. Auflage. kl. 8°. 52 S. A. Stubers Verlag. Würzburg. 1910. M. —.90.

Nach einer Besprechung der Pathogenese des Unterschenkelgeschwürs geht der Autor kurz auf die allgemeine Therapie des Unterschenkelgeschwürs ein und bespricht dann ausführlicher die lokale Therapie. Die Granulationsbildung wird entweder durch heiße Spülungen, Jodoform etc. angeregt, oder, wo sie zu üppig ist, durch Wismutpräparate, Argentum nitr. etc. auf das richtige Maß beschränkt. Die Epithelisierung wird durch Dermatol, Arg. nitr., Scharlachrotsalbe beschleunigt. Als Verband wird der Zinkleimverband am meisten empfohlen. Walther Pick (Wien).

Gerber, P. H. Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres. II. Auflage. S. Karger, Berlin. 1910.

Aus einem kleinen Beitrage in Lassars „Dermatologischer Zeitschrift“ wurde im Laufe der Jahre eine monographische Bearbeitung dieses Kapitels der Syphilodologie. In dankenswerter Weise hat G. eine Umarbeitung oder vielleicht besser eine Neubearbeitung seines Buches vorgenommen. Denn nicht allein die neuesten Errungenschaften der Syphilidologie, sondern vor allem alle Fortschritte der Rhino-Laryngologie



und Otologie, welche in den letzten Jahren gemacht wurden, finden eingehende und vollste Berücksichtigung und Durcharbeitung. Die vollkommene Beherrschung der Materie erlaubt es dem Verf., seinen Stoff auf einem verhältnismäßig kleinen Raume in übersichtlicher Weise darzustellen, so daß das Werk für den Fachmann ein handliches und gern gebrauchtes Nachschlagebuch bilden dürfte. Der Verlag hat das Buch außerdem mit 4 farbigen Tafeln ausgestattet, auf welchen sich sehr instruktive Abbildungen verschiedener Affekte des Kehlkopfes und der Nase finden.

R. Volk (Wien).

Romanowsky, M. V. Die Behandlung der tuberkulösen Affektionen. Kundig, Genf. 1910. (Vorläufige Mitteilung.)

Ausgehend von der Annahme, daß durch den Tuberkelbazillus resp. dessen Toxine ein erhöhter Zerfall der Zellkerne und ein zu rascher Abbau der Phosphorverbindungen des Eiweißes stattfindet, sucht R. der Verarmung des Körpers an Phosphor durch Zufuhr einer leicht assimilierbaren Form desselben Einhalt zu tun, welche er in einem „Deutoxyd des Phosphors" gefunden zu haben glaubt. Genaues über die Form des Mittels gibt er nicht an. Bei 300 damit behandelten Tuberkulösen sollen die Erfolge sehr günstige gewesen sein, nähere Daten fehlen. Auch Syphilis und Lepra sind dieser Behandlung mit Erfolg zugänglich.

R. Volk (Wien).

Kollmann, A. Prof. und **Jacoby**, S. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. IV. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1908. Berlin 1909. Verlag von S. Karger. Karlstraße 15.

In gleicher Ausstattung und Anordnung wie die früheren 3 Jahrgänge ist der Bericht über das Jahr 1908 von Kollmann und Jacoby über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates erschienen. Die Aufgabe, welche die Verfasser sich gestellt haben, ein möglichst vollständiges literarisches Nachschlagebuch zu schaffen, ist in bester Weise gelöst; besonders wer sich zu publizistischen Zwecken über irgend ein Thema auf dem genannten Gebiete orientieren will — wird immer wieder von besonderm Dank erfüllt sein, daß ein so gemeinnütziges Unternehmen geschaffen wurde, welches jedem einzelnen viel Zeit und Arbeit erspart. Der Inhalt enthält noch mehr als der Titel verspricht: auch der Physiologie und Anatomie sind besondere Abschnitte gewidmet, außerdem enthält Abschnitt 6 die Erkrankung des Urogenitalapparates der Haustiere. Schließlich erhöht ein ausführliches Sach- und Namenregister den Gebrauchswert des Buches.

Loewenhardt (Breslau).



Sabouraud. Maladies du cuir chevelu: III. Les maladies cryptogamiques. Les Teignes. Masson et Cie. Paris 1910. gr. 8°. 855 Seiten. 433 Figuren im Texte. 28 Tafeln. 30 Fr.

Der vorliegende dritte Band des Sabouraudschen Werkes beschäftigt sich mit den durch pflanzliche Parasiten hervorgerufenen Erkrankungen und stellt ein Standard-Werk dar, wie wir es auf diesem Gebiete noch nicht besitzen. Die seit 18 Jahren an dem großen Pariser Materiale mit einer bewunderungswürdigen Beobachtungsgabe und ungeheuerem Fleiße betriebenen Studien sind hier niedergelegt und wenn wir auch die im Laufe dieser Zeit erschienenen Sabouraudschen Arbeiten verfolgen konnten, erkennen wir hier erst die weittragende Bedeutung dieser Forschungen, welche die so komplizierte Materie analysieren und beherrschen. Wesentlich hiefür war die von Sabouraud angeregte Konstanz des Nährbodens (milieux d'épreuve), welche überall, wo sie akzeptiert wurde, die schönsten Resultate bezüglich der Differenzierung der Pilzarten zeitigte. So sind gegenwärtig 11 Arten von Mikrosporum gekannt, von welchen 6 durch Sabouraud selbst isoliert wurden. Auch die drei Arten des Trichophyton (endothrix, ectothrix microides und megasporon) sind wiederum in zahlreiche Unterarten geteilt.

Als Erreger des Favus beim Menschen findet Sabouraud in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Achorion Schönleinii; in sehr seltenen Fällen beim Menschen, etwas häufiger beim Tiere andere Achorionarten.

In eingehender Weise erscheinen die kulturelle und histologische Untersuchungstechnik, die neuen Versuche der Immunisation und Anaphylaxie und die Therapie berücksichtigt. Von der Riesenarbeit gibt das über 1000 Nummern haltende Literaturverzeichnis einen Begriff. Die Ausstattung ist eine vorzügliche, die Tafeln geben ausgezeichnet die Differenzen der verschiedenen Kulturen wieder, im Texte finden sich wesentlich klinische und histologische Abbildungen.

Walther Pick (Wien).

Joseph. Lehrbuch der Haarkrankheiten für Ärzte und Studierende. Leipzig. Johann Ambrosius Barth. 1910. 8°. 338 Seiten.

Der Autor hat hier ein der deutschen dermatologischen Literatur noch fehlendes Werk geschaffen, in welchem wir die bisherigen Ergebnisse der Forschung auf dem Gebiete der Haarkrankheiten niedergelegt finden. Mit Recht macht der Autor im Vorwort darauf aufmerksam, daß die Lehre von den Haarkrankheiten mit den übrigen Fortschritten in der Medizin nicht gleichen Schritt gehalten hat und daß an vielen Punkten noch weitere Forschungen einsetzen müssen. Diese Forschungen aber werden sicherlich durch die übersichtliche Darstellung des vorliegenden Stoffes wesentlich gefördert.

Der allgemeinen Physiologie und Pathologie des Haarsystems folgt die allgemeine Therapie der Haarkrankheiten, wobei der Autor immer



wieder den Konnex mit Allgemeinstörungen, Ernährung etc. betont. In eingehender Weise werden in den übrigen Kapiteln die Kanities, die trichogenetischen Anomalien, die knotigen Erkrankungen der Haare, nervöse (Alopecia areata, Alopecia neurotica und Trichotillomanie), atrophische und parasitäre Haarkrankheiten behandelt. Die Anordnung des Stoffes ist, wie ersichtlich, eine sehr übersichtliche, jedem Kapitel ein reiches Literaturverzeichnis beigefügt. Die Therapie, in welcher auch die langjährige Erfahrung des Autors niedergelegt ist, nimmt einen breiten Raum ein und wird in einem sehr willkommenen Rezeptverzeichnis am Schlusse zusammengefaßt. Walther Pick (Wien).

Wossidlo, H. Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. II. Auflage. Georg Thieme. Leipzig 1909.

Das ausgezeichnete Buch, dessen Vorzüge bereits bei Erscheinen der ersten Auflage gewürdigt wurden (cf. Bd. LXXI, p. 159) und welches die große Verbreitung, die es gefunden, vollauf verdient, liegt in zweiter Auflage vor. Die Anordnung des Stoffes ist im wesentlichen die gleiche geblieben, doch hat der Autor die neuerlich von Janet modifizierte Behandlungsmethode akzeptiert und die Goldschmidtsche Irrigationsurethroskopie, die Behandlung der gonorrhoischen Strikturen und der Mastdarmgonorrhoe eingehender berücksichtigt. Das Werk, aus welchem die reiche Erfahrung eines ausgezeichneten Therapeuten spricht, ist als Lehrbuch bestens zu empfehlen. Walther Pick (Wien).

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. J. F. Lehmann, München. 8°. Jahrg. 1910. 16 M.

Die unter der Redaktion von Dr. D. Sarason (Berlin) erscheinende neue Monatsschrift behandelt in von ersten Fachmännern verfaßten Artikeln aktuelle Themen aus dem Gesamtgebiet der Medizin.

Das Januarheft (Pr. 2 M.) enthält: **Lubarsch**, Allgemeine Biologie und Pathologie (Vererbungslehre, Befruchtung, normales und pathologisches Wachstum, Geschwülste, Störungen des zellulären Fett- und Kohlehydratstoffwechsels. Das Februarheft (Pr. 3 M.): **Ortner**, Zirkulationskrankheiten (Funktionelle Herzdiagnostik, Arteriosklerose, Kropfherz), ferner **Brauer**, Respirationskrankheiten (heutiger Stand der chirurgischen Behandlung bei Bronchiektasien, Abszessen, Gangrän, schwerer Lungentuberkulose, Emphysem und beginnender Lungentuberkulose. Das Märzheft (Pr. 3 M.): **Fleiner**, Verdauungskrankheiten (Morphologie und Physiologie des Magens und ihr Einfluß auf die funktionelle Diagnostik), **Lüthje**, Stoffwechselkrankheiten (Grundlage der Stoffwechsellehre, neuere Ergebnisse auf dem Gebiete des Diabetes), **Meyer**, Erich, Blutkrankheiten (Plethora und Blutarmut, Bedeutung der Hämoglobinbestimmung, Polyzythämie). Das Aprilheft (Pr. 2 M.): **Neisser** und **Siebert**, Haut- und Geschlechtsleiden (Die Ergebnisse der neueren Syphilisforschung in ihrer Bedeutung für die ärzt-



liche Praxis [wird im Referatenteile besprochen]), **Klemperer**, Harnleiden (Fortschritte in der Behandlung von Albuminurie und Nephritis). Das Maiheft (Pr. 2.50 M.): **Edinger** und **Vogt**, Nervenkrankheiten (Vom Bau und einigen Erkrankungen des Nervensystems, Poliomyelitis und Enzephalitis, die kindliche Enzephalitis), **Binswanger** und **Berger**, Psychiatrie (Allgemeine Grundlagen der Psychiatrie, organische Psychosen). Das Juniheft (Pr. 2 M.): **Pfaundler** und **Moro**, Kinderkrankheiten (Neuere Lehren von der Pathologie und Therapie der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter; neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Tuberkulose im Kindesalter). Walther Pick (Wien).

Finger, E. und **Oppenheim,** M. Die Hautatrophien. F. Deuticke. 1910. 194 S. 8 M.

Die Autoren geben in dieser Monographie eine zusammenfassende Darstellung unserer Kenntnisse der Hautatrophien. Nach kurzer Einleitung und Definition und einer kurzen geschichtlichen Skizze besprechen sie zunächst die wenigen, bisher beobachteten Fälle von Atrophia cutis idiopathica congenita und begründen dann ausführlich die Abgrenzung der Striae und Maculae distensae, der Hautatrophien infolge von Nervenerkrankungen, der Hautatrophien im Anschluß an chronische Infektionskrankheiten der Haut, speziell nach Syphilis, Lepra und Tuberkulose, der senilen Atrophie, der Witterungsatrophie, des Xeroderma pigmentosum, der Blepharochalasis und der Kraurosis vulvae von den idiopathischen atrophisierenden Dermatitiden.

Letztere teilen F. und O. ein in die Dermatitis atrophicans progressiva idiopathica chronica diffusa, die Acrodermatitis chronica atrophicans und die Dermatitis atrophicans maculosa. Eingehende klinische Besprechung in bezug auf Beginn, Lokalisation, Alter, Geschlecht, Beruf, Dauer, Verlauf und Ausgang.

1. Dermatitis atrophicans progr. idiopath. chr. Beginn mit hell- oder blauroten Flecken, meist symmetrischer Lokalisation an den Extremitäten, oft mit typischer Begrenzung gegen den Rumpf, Auftreten zwischen 40 und 70 Jahren; das weibliche Geschlecht überwiegt, keine Berufskrankheit.

2. Acrodermatitis chronica atrophicans. In ihr sehen die Autoren mit Recht nur eine Variante der Dermatitis atroph. diffusa; sie betonen aber doch den regelmäßigen Beginn mit teigig weichen Infiltraten an den Extremitätenenden, das Auftreten zwischen 30 und 40 Jahren ohne Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes.

3. Dermatitis atrophicans maculosa (zahlreiche Synonyma). Beginn mit Erythemfleck, der sich aber zur Quaddel, Papel und Blase steigern kann. Keine sichere Prädilektionsstelle, meist zwischen 20 und 30 Jahren auftretend, mit Überwiegen des weiblichen Geschlechtes, ohne Bevorzugung eines Berufes, von chronischem Verlauf. Anschließend werden die Fälle besprochen, die als makulöse Atrophien beschrieben sind, aber als Fälle von Lupus erythematodes, Fibroma molluscum, Syphilis, Narben



nach Herpes zoster und anderen Affektionen und als Morphoea angesehen werden müssen.

4. Kombinationen der drei besprochenen Formen von idiopathischer Hautatrophie.

Der klinischen Besprechung folgt die Darstellung der pathologischen Anatomie. Die idiopathische atrophisierende Dermatitis ist eine bald subakut, bald chronisch einsetzende Entzündung des kutanen Gewebes, die sich durch eine Erweiterung der Blutgefäße, durch Ödem und Zellansammlung, hauptsächlich aber durch einen sehr frühzeitigen Schwund des elastischen Gewebes charakterisiert. Sie führt zu einer Atrophie aller die Haut konstituierenden Elemente. Dabei kann man drei Stadien unterscheiden: Entzündung ohne Atrophie, Atrophie mit noch bestehenden entzündlichen Erscheinungen und sekundäre Degenerationen und hypertrophische Veränderungen. Letztere treten als angiom- oder fibromähnliche Knoten und als sklerodermaartige Verdichtungen der Haut auf.

In der Ätiologie verhalten sich die Autoren sehr zurückhaltend, glauben aber aus einer Reihe von Momenten Anhaltspunkte dafür gewonnen zu haben, „daß es sich bei allen diesen Prozessen um die verschiedene Reaktion einer verschieden disponierten Haut auf die gleiche Schädlichkeit der Wärme- und chemischen Strahlen handeln könnte".

Den Schluß bilden Diagnose, Prognose, Therapie der idiopathischen Hautatrophien, eine erschöpfende Kasuistik, ein umfassendes Literaturverzeichnis und drei schöne farbige Tafeln.

Die Ausstattung des Buches ist sehr gut, das Buch selbst klar geschrieben mit sehr übersichtlicher Disposition, das Thema erschöpfend behandelt; nur könnte das Ganze kürzer behandelt sein.

Tomaszewski (Berlin).

Heine. Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeinerkrankungen. II. Aufl. G. Fischer, Jena.

Das vorliegende Büchlein enthält in übersichtlicher Darstellung eine Anleitung zur methodischen Untersuchung der Augen und enthält wertvolle, aus dem ständigen Kontakt mit den Vertretern anderer Disziplinen gewonnene diagnostische Winke, die dazu dienen, bei etwaigem Vorhandensein von Augensymptomen die Bedeutung derselben für die allgemeine Diagnostik festzustellen. Es wird besonders Ärzten, die in zweifelhaften Fällen nicht gleich das Gutachten eines Augenarztes einholen können, wichtige Dienste leisten und die Deutung der oft für die Allgemeindiagnose entscheidenden Augensymptome erleichtern.

M. Sachs (Wien).

Herzog, Hans. Über die Natur und die Herkunft des Trachomerregers und die bei seiner Entstehung zu beobachtende Mutierung des Gonokokkus Neisser. Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien. Pr. M. 5.—.



Wenn die Schlüsse des Verf. stichhaltig sind, dann stehen wir hier vor einer der interessantesten Entdeckungen der letzten Zeit, nämlich vor dem Nachweis, daß die von Provazek und Halberstädter bei Trachom gefundenen, zuerst von Heymann auch bei der Blennorrhoea conjunctivae und von ihm, Lindner u. a. ebenfalls bei Urethralblennorrhoen nachgewiesenen „Trachomkörperchen" weiter nichts sind, als mutierte Gonokokken und daß demnach das Trachom eine besondere Form der chronischen Blennorrhoe darstellt! Allerdings sind die Beweise, die Verf. auf Grund seiner Experimentaluntersuchungen anführt, noch nicht zwingend genug, um zu so weitgehenden Schlüssen zu berechtigen. Denn sieht man von den zum Teil sehr interessanten aber lediglich theoretischen Folgerungen ab, die immer mit der gonorrhoischen Ätiologie des Trachoms als mit einer unumstößlich bewiesenen Tatsache rechnen, so bleiben als Beweismaterial folgende Punkte übrig:

1. Verf. hat Gonokokkenkulturausstriche mittelst der Giemsafärbung untersucht und dabei Involutionsformen gefunden, welche sich „von dem typischen Habitus des Gonokokkus vollkommen abweichend, nach Form, Größe, Lagerung und Färbung genau so verhalten wie die Elemente der Trachomkörper". Er unterscheidet zwischen Makro- und Mikrogonokokken und hält die letztere Form nicht für eine Absterbeerscheinung, sondern für eine morphologisch und biologisch modifizierte Wuchsform des Gonokokkus. Diese Mikrogonokokken sind nach Verf. identisch mit den „Trachomkörperchen". Als besonders beweisend und gegen die Protozoennatur der letzteren sprechend wird auch der Nachweis von zahlreichen charakteristischen Hantelformen in Präparaten von Gonokokkenkulturabstrichen hingestellt.

2. In einem Fall von sicherer Blennorrhoea conjunctivae wurden zuerst keine „Trachomkörperchen" nachgewiesen. Erst mit Schwinden der typischen Gonokokken traten dieselben auf.

3. In einem Fall von frischem Trachom wurden neben den üblichen Trachomkörpereinschlüssen Zelleinschlüsse gefunden, „welche sich zwar der Größe nach bereits wie Mikrogonokokken verhielten, der Form, Lagerung und Färbung nach jedoch identisch mit den typischen Gonokokken waren (sog. Übergangsformen der Mikrogonokokken)".

4. In einem Fall von trachomkörperfreiem Glaukom wurde durch Impfung mit Gonokokkenreinkultur eine stürmische Gonokokkenblennorrhoe erzeugt und 14 Tage nach der Impfung typische Trachomkörper gefunden.

Soweit das, wie man zugeben wird, etwas spärliche Tatsachenmaterial, das zu der Weite der Deduktionen des Verfassers in einem starken Gegensatz steht! (So wird u. a. als die Ursache des Chronisch-werdens der Urethralblennorrhoe diese „mutierten" Gonokokkenform angesprochen, wobei aber übersehen wird, daß man ja dann bei Urethralblennorrhoen ungemein häufig und nicht, wie die bisherigen Publikationen und unpublizierte Untersuchungen des Ref. zeigten, nur in Ausnahmefällen „Trachomkörperchen" in der Urethra nachweisen konnte.) Es muß aller-



dings hervorgehoben werden, daß Verf. selbst seine Untersuchungen nur als „vorläufige Mitteilung" betrachtet wissen will.

Man wird also abwarten müssen, inwieweit die eingehenden Prüfungen, zu denen zweifellos die Arbeit Herzogs anregen wird, die Ansicht der Wiener Schule, daß das Trachom eine chronische Blennorrhoe sei, bestätigen werden. Es würde dann dieser Zusammenhang durch die Entdeckung des Verf. tatsächlich erst auf dem Umwege über die Protozoen erkannt worden sein. Carl Bruck (Breslau).

Wickham und **Degrais**. Radiumtherapie, Instrumentarium, Technik, Behandlung von Krebsen, Keloiden, Naevi, Lupus, Pruritus, Neurodermitiden, Ekzemen, Verwendung in der Gynäkologie. Vorwort von Prof. Alfred Fournier. Von der Académie de Medecine de Paris preisgekrönte Arbeit. Autorisierte deutsche Ausgabe von Max Winkler in Luzern, mit einer Einführung von Prof. J. Jadassohn. Mit 72 Textfiguren und 20 mehrfarbigen Tafeln. Berlin, Verlag von Julius Springer 1910.

Der etwas langatmige Titel enthält in der Tat alles, was das vorliegende Werk bringt; er zeigt auch wie überaus günstig die französische Ausgabe in Paris und in der dermatotogischen Fachwelt aufgenommen wurde. Diese Anerkennung und das größte Interesse verdient das Buch nach der Ansicht des Referenten auch außerhalb Frankreichs, in erster Linie deshalb, weil darin zum ersten Male an einem großen Krankenmateriale unwiderlegbar der Nachweis erbracht wird, in wie vielen schweren oder verzweifelten Fällen man mit Radium Hervorragendes therapeutisch zu leisten vermag, vorausgesetzt, daß genügend große Mengen ausgezeichneter Präparate zur Verfügung stehen.

Die Aufmerksamkeit des Fachmannes fesseln die Mitteilungen der Verfasser über die Untersuchungen des Instituts-Physikers Beaudoin bezüglich des Verhältnisses der einzelnen Strahlengattungen in den Ausstrahlungen freier Radiumpräparate und in jenen von Radiumsalzen, die durch Firnis oder dgl. auf den Applikationsinstrumenten fixiert wurden.

Die Lösung dieser Fragen bedeutet in der Tat einen Fortschritt in der medizinisch-wissenschaftlichen Verwertung solcher Strahlungen. Man wird in Zukunft vor Beginn der medizinischen Anwendung von Radiumsalzen kaum von derartigen Untersuchungen über die verfügbaren Radioaktivitäten absehen können. Wichtig sind auch die praktischen Resultate Wickhams und Degrais bei der Verwendung von verschieden dicken Aluminium- und Bleifiltern, sowie die Analysen, welchen sie die Strahlengemenge, nachdem sie solche absorbierende Medien passierten, in Bezug auf Qualität und prozentuelle Zusammensetzung unterziehen.

Die in dem Buche abgedruckte Abhandlung Dominicis und Barcats über die Histologie der durch Radium in der Haut hervorgerufenen entzündlichen Reaktion ist instruktiv, überzeugend und bringt auch manche neue Tatsache.



Trotz dieser außerordentlichen Vorzüge, welche dem Buche überall die beste Aufnahme und größte Verbreitung sichern, hat das Werk auch seine Mängel, die wohl Erwähnung finden müssen. Hierher gehört zunächst die unvollständige Beschreibung des Instrumentariums. Es wäre für die Leser des Buches sicher von größtem Interesse zu erfahren, mit welchem Fixierungsmittel oder Firnis die Radiumsalze im Pariser Radiuminstitute an den Applikationsinstrumenten befestigt werden. So unbedeutend dieses Detail auch scheint, so wichtig wird es, wenn man an die verschieden große absorbierende Fähigkeit verschiedener Firnissorten denkt. Nicht minder wird der Leser genauere Vorschriften zur Berechnung der zur Erzielung eines gewissen Effektes nötigen Expositionszeit, je nach der Aktivität des verwendeten Präparates vermissen. Es sind in der Kasuistik des Werkes wohl Daten vorhanden, welche zeigen, wie lange man ein Präparat mit bestimmter prozentueller Zusammensetzung seines Strahlengemenges und von einer gewissen Gesamtstrahlenmenge applizierte, bevor ein gewisser Effekt erzielt wurde; wie lange aber ein schwächeres oder stärkeres, oder Strahlungen anderer prozentueller Zusammensetzung abgebendes Präparat appliziert werden müßte, um den gleichen Effekt zu erhalten, erfahren wir nicht genau. Und gerade diese Frage wäre für den Praktiker wohl wichtig, da man wohl kaum oft Radiumpräparate von genau derselben Qualität wie die von Wickham und Degrais verwendeten erhalten dürfte. Eine sehr stiefmütterliche Behandlung erfuhr ferner das Kapitel über die verschiedenen Effekte verschieden langer und unter verschiedenen physikalischen Bedingungen vorgenommener Radiumbestrahlungen. Werner hat solche für die Radiumtherapie sehr belangreiche Untersuchungen in dieser Hinsicht in umfassender Weise dargestellt, doch hat diese Arbeit ebensowenig wie fast alle außerhalb Paris erschienenen Arbeiten in dem W. D.'schen Werke irgendwelche Berücksichtigung gefunden, trotzdem viele in dem Buche mitgeteilten Tatsachen schon früher in Deutschland und Österreich publiziert wurden. Da der weitaus größte Teil der biologischen Radiumeffekte nach Ansicht der meisten Autoren auf der Wirkung der β- und γ-Strahlen beruht, und diese von allen Physikern als identisch oder zum mindesten sehr ähnlich den Kathoden- und Röntgenstrahlen angesehen werden, wäre es wohl nicht nur sachlich wichtig sondern auch gegen die betreffenden Autoren gerecht gewesen jener Arbeiten zu gedenken, in welchen Tatsachen, die, wie z. B. die anregende Wirkung der Bestrahlung auf die Lebenskraft der bindegewebigen Zellelemente, oder die Möglichkeit therapeutische Wirkungen ohne Irritation der Oberfläche zu erzielen usw. in dem Buche als neu bezeichnet werden, schon vor Jahren von den Röntgenstrahlen behauptet und nachgewiesen wurden, ebenso wie biologische Effekte der Kathodenstrahlen ähnlich jenen der β-Strahlen des Radiums schon vor Jahren in der deutschen Literatur beschrieben wurden.

Abgesehen von diesen Mängeln, welche in den nächsten Auflagen des Werkes wohl verschwinden werden, verdient das Werk durch seinen wissenschaftlichen Ernst und die vorurteilslose Ruhe, mit der es seine



Aufgabe erfaßt, die größte Beachtung und Anerkennung. Ein besonderes Verdienst hat sich der Übersetzer durch die tadellose Bewältigung seiner schwierigen Arbeit erworben. L. Freund.

Scheuer, Oskar. Die Syphilis der Unschuldigen. Verlag von Urban u. Schwarzenberg. Berlin—Wien 1910.

Es ist eine ungemein dankenswerte und schwierige Aufgabe, der sich der Verf. unterzogen hat. Verdanken wir ihm doch, daß mit dieser Monographie, die sich an die Arbeiten Bulkleys, Fourniers, Berliners und Münchheimers anschließt und die über 5679 extragenitale Schanker berichtet, nunmehr eine lückenlose Zusammenstellung aller bisher beobachteter außergeschlechtlicher Infektionen vorhanden ist. Darüber, daß diese Arbeit nicht nur ein theoretisches und statistisches, sondern ein eminent praktisches Interesse hat, wird niemand im Zweifel sein. Bildet doch unsere bessere Kenntnis gerade der extragenitalen Syphilisansteckungen eine der wirksamsten Waffen im Kampfe gegen diesen unheimlichen Feind. Nicht nur, daß die hier gesammelten Erfahrungen dem betroffenen Einzelindividuum zugute kommen, auch für die soziale Prophylaxe ist diese Forschung, die uns am besten über die Verbreitungsweise der Syphilis orientiert, von größter Bedeutung. Wenn wir die Hoffnung aussprechen, daß auch das Scheuersche Werk in einigen Jahren wieder einen würdigen Nachfolger finden möge, so dürfte dies zu einer Zeit, in der die Diagnose der Syphilis durch Entdeckung der Spirochaete und der Seroreaktion eine früher nicht geahnte Sicherheit gewonnen hat, nur begreiflich sein und zugleich beweisen, welch' hohen Wert wir diesen Zusammenstellungen beimessen.

Es hieße aber die Arbeit Sch.'s nur ungenügend würdigen, wenn wir sie nur als rein kompilatorische betrachten wollten. Er schildert im ersten Teil seines Buches alle die mit der extragenitalen Syphilisinfektion zusammenhängenden Fragen in so klarer und übersichtlicher Weise, daß die Sch.'sche Monographie — die erste, die diesen Stoff in deutscher Sprache behandelt — jedem willkommen sein wird, der sich über eines der wichtigsten Kapitel der Syphilispathologie eingehend orientieren will.

Carl Bruck (Breslau).

Scholtz, W. Pathologie und Therapie der Gonorrhoe in Vorlesungen. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Gustav Fischer, Jena, 1909.

Das Buch von Scholtz steht auch in der zweiten z. T. umgearbeiteten und ergänzten Auflage streng auf dem bekannten Neisserschen Standpunkt bezüglich der Therapie und gerade diese nimmt mit Recht den größten Raum ein, da ja das Werk vorzugsweise für Praktiker geschrieben ist. In dankenswerter Weise wurde die Neuauflage durch zwei Kapitel: „Die Gonorrhoe des Weibes“ und „Gonorrhoische Metastasen“ ergänzt. In dieser Form aus Vorlesungen hervorgegangen und den Be-



dürfnissen des Praktikers stets Rechnung tragend, wird das Buch auch in der neuen Auflage demselben stets ein guter Ratgeber sein. Dabei bemüht sich der Verfasser, das Wichtige aus der Pathologie dem Leser kurz darzulegen, so daß das Verständnis der Vorgänge und der therapeutischen Maßnahmen nach Möglichkeit gefördert wird. Für Detailfragen auf dem Gebiete der Pathologie und der pathologischen Anatomie werden wohl die größeren Bücher von Finger, Oberländer und Kollmann etc. nachgelesen werden müssen. Das Buch von Scholtz wird in seiner klaren und übersichtlichen Darstellung jederzeit von dem Lernenden mit Nutzen zur Hand genommen werden. Es wird ihn hoffentlich auch von dem Wert und der Notwendigkeit des Gonokokkennachweises überzeugen und ihn vor nutzlosem, ja schädlichem therapeutischen Handeln bewahren.

R. Volk (Wien).

Verhandlungen des IV. internationalen Kongresses für Thalassotherapie. Abbazia. 28.—30. September 1908. Herausgegeben von J. Glax und J. Kurz. Allgem. medizin. Verlagsanstalt G. m. b. H. Berlin 1909.

Aus der Fülle der für den Hydrotherapeuten interessanten Vorträge sei als für den Dermatologen bemerkenswert hervorgehoben, daß Sterian (Bukarest) zwei veraltete Ekzeme durch subkutane Injektionen mit Meerwasser aus dem Schwarzen Meere geheilt haben will, doch warnten verschiedene Redner vor übereilten Schlüssen, betonten aber die hervorragende Bedeutung des Seeklimas.

Ullmann (Wien) sprach über das Thema: Was haben wir von der Thalassotherapie für die Ausheilung gewisser chronischer Hautaffektionen zu erwarten? Von großer Bedeutung ist der Aufenthalt an der See besonders für tuberkulöse Erkrankungen der Haut und des Urogenitalsystems, wofür vorzugsweise die Heilpotenzen von Licht und Sonne verantwortlich gemacht werden müssen. Aber auch andere mit Stoffwechselanomalien zusammenhängende Hautkrankheiten (chron. Ekzeme. Prurigo, Pruritus etc.) können am Meere günstig beeinflußt werden. Kontraindikationen für den Aufenthalt an der See und für Seebäder geben nach Ullmann infektiöse, furunkulöse Hautkrankheiten.

Jedenfalls müssen wir auch nach den Erfahrungen anderer Autoren in der Thalassotherapie einen nicht zu unterschätzenden Heilfaktor erblicken, und so ist es Pflicht der Dermatologen, den Kongressen und Publikationen dieser Spezialwissenschaft immer erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

R. Volk (Wien).

Fournier, Alfred. Sekundäre Spätsyphilis. Autorisierte Übersetzung von Bruno Sklarek. Julius Springer, Berlin, 1909.

Wenn auch heute die Erfahrungen, welche in diesem Buche niedergelegt sind, Gemeingut der Spezialisten und vieler Ärzte geworden sind, so bleibt die Aufgabe doch dankenswert, eine gute Übersetzung den



weiteren deutschen Ärztekreisen geliefert zu haben. Es ist wohl überflüssig, an dieser Stelle auf den Inhalt einzugehen, eine Fülle von Tatsachen, kritisch bearbeitet, gibt uns der verehrte Autor aus dem reichen Schatze seiner Erfahrung. Manche Folgerungen sind wohl im Lichte der neuen Syphilisforschungen — die „Syphilis secondaire tardive“ ist ja früher geschrieben — nicht mehr stichhältig und über den didaktischen Wert der willkürlichen Einteilung in sekundäre und tertiäre Syphilis läßt sich auch streiten, aber die einzelnen Beobachtungen, die auch heute noch meist zutreffenden Schlüsse geben dem Buche seinen Wert. Das Fazit derselben ist der Rat, auch die Spätsyphilis energisch mit Quecksilber zu behandeln, um den Infektionsherd möglichst rasch zu beseitigen. Die Übersetzung ist außerordentlich fließend, wobei sich der Übersetzer doch strenge an das Original hält; man wird das Buch mit großem Vergnügen lesen. Der Übersetzer fügt zum Schlusse einige bei uns weniger gebräuchliche, im Texte aber erwähnte Rezepte an. Dem Verlage gebührt besondere Anerkennung für die gediegene Ausstattung des Werkes; die fünf farbigen Tafeln am Schlusse geben schöne Bilder einzelner Formen der Spätsyphilis. R. Volk (Wien).

Pflug, Walter. Syphilis oder Morbus gallicus. Straßburg. Verlag von Karl J. Trübner, 1907.

In der vorliegenden schönen Arbeit stellt Pflug fest:

Das Wort Syphilis ist von dem berühmten Veroneser Gelehrten Girolamo Fracostoro erfunden und in seinem berühmten Lehrgedicht „De Syphilide, sive morbo gallico“ (Verona 1530) als Name für die von seinen Zeitgenossen nach Ländern und Völkern bezeichnete Seuche zum ersten Male gebraucht worden. In jenem Gedichte gab F. folgende Fabel von der Entstehung der Krankheit: Die Bewohner einer griechischen Insel fielen, als dörrende Sonnenglut ihre Ernte und ihre Viehherden vernichtete, vom Glauben an die Götter ab und wurden von diesen — Jupiter, Mars und Saturn hatten es so beschlossen — mit einer furchtbaren Krankheit bestraft. Ein Hirt Syphilus, der zum Abfall aufgereizt, wurde als erster von der Seuche ergriffen. Nach ihm werde, verlangt der Dichter, die Krankheit Syphilis genannt!

Wegen des Klanges der Namen und des Schauplatzes dieser Sage vermutete man, daß das Wort aus dem Griechischen käme; aber alle Deutungen aus griechischen Stämmen mißlangen, widersprechen der Auffassung des Dichters über die Entstehung der Krankheit und sind unvereinbar mit den Anschauungen, die er über diese ausgesprochen. Fracostoro war nicht nur ein hervorragender Arzt, sondern auch ein ausgezeichneter Astronom und, wie alle Sternenkundigen seiner Zeit, befangen im Aberglauben der Astrologie. Die mittelalterliche Lehre vom Einfluß der Gestirne auf die Schicksale der Menschen beeinflußten ihn und sein medizinisches Urteil. Der Planet Mars war Erreger akuter, Saturn der Bringer chronischer Krankheiten. Auch jene Seuche, die scheinbar



unter den Franzosen entstanden war, am Ende des XV. Jahrhunderts während des Feldzuges in Italien, mußte durch die stets unheilvolle Konstellation des Saturns mit Jupiter und Mars im Wendekreis des Krebses hervorgerufen sein! Nicht bei einer einzelnen Nation lag ihr Ursprung, sondern auf Einflüsse der „oberen Welt" auf die „untere" war sie zurückzuführen. Nachdrücklich wies denn auch Fracostoro darauf hin — sowohl in jenem Gedichte als auch in seinem Werke „De contagionibus et contagiosis morbis" (Venetia 1546), daß sie zu gleicher Zeit an verschiedenen Stellen der Erde, in Asien und Afrika ebenso wie in Europa, gewütet habe! Per miseras terras Saturnus agebat Pestem atrox.

Die Benennung nach einem Volke war also falsch, irreführend, zudem noch gehässig, beleidigend. Eine bessere mußte gefunden werden, die den astralen Ursprung der Seuche und ihren internationalen Charakter zum Ausdruck brächte. Nun waren aus der Sprache der Araber, der Väter und Pfleger jener mittelalterlichen Lehren, viele Bezeichnungen für die Geschehnisse am Himmel zu Fachausdrücken der Astronomen und Astrologen geworden und das arabische sifl oder sufl, adjektivisch siflîj oder suflîj entspricht genau dem lateinischen astronomischen Ausdruck inferiora, bezeichnet mithin das, was in der „unteren Welt", auf dem größten Teil unserer Erde geschieht.

Es lag daher für den Dichter nahe, vermutet Pflug, dieses arabische Wort zur Beseitigung des Namens morbus gallicus zu benutzen. Er nahm das in arabischen Wörtern allein ausschlaggebende Konsonantengerüst „sfl" und bildete daraus, das Versmaß seines Gedichtes berücksichtigend, die Daktylen Syphilus und Syphilis. Das Wort Syphilis sei demnach, abgesehen von seinem astrologischen Beigeschmack, gleichbedeutend mit den mehrfach vorkommenden Bezeichnungen morbus mundanus, κοσμικος oder catholicus (letzteres in seiner ursprünglichen Bedeutung = allgemein) und besage „Weltkrankheit".

Münchheimer (Wiesbaden).

Varia.

Personalien. Privatdozent Dr. Karl Kopp, München, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Prof. Philippson, Palermo, und Prof. Pelagatti, Sassari, wurden zu ordentlichen Professoren ernannt.

Dr. A. Bellini, Pavia, hat sich als Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie habilitiert.

Privatdozent Dr. Henrik Kanitz, Klausenburg, ist gestorben.

Kreibich: Neurodermitis alba.

K.u.k.Hoflithogr. A.Haase, Prag



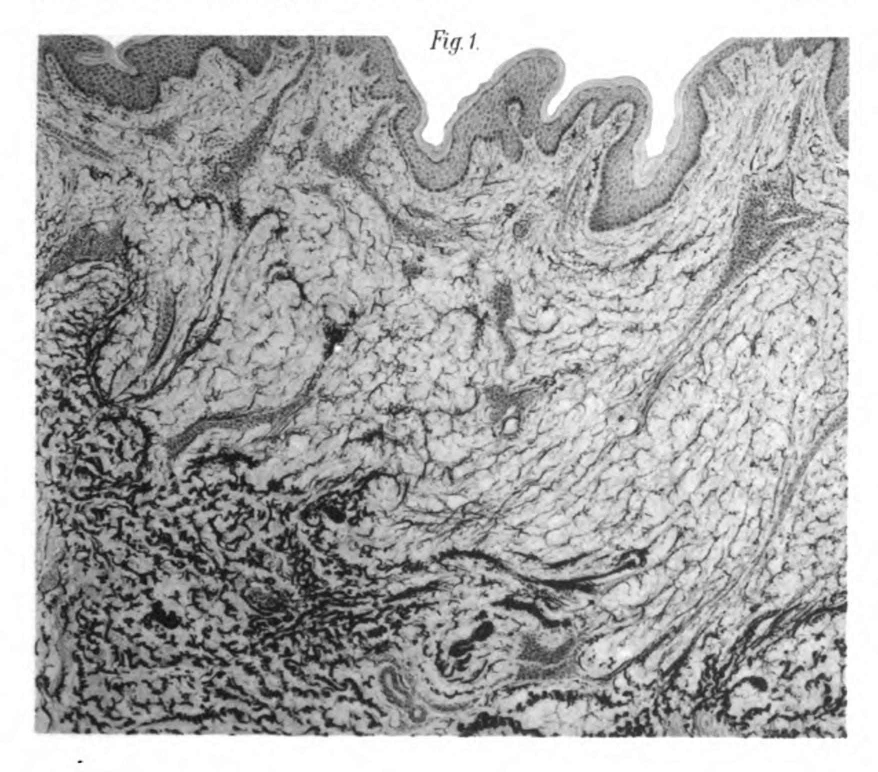


Fig. 1.

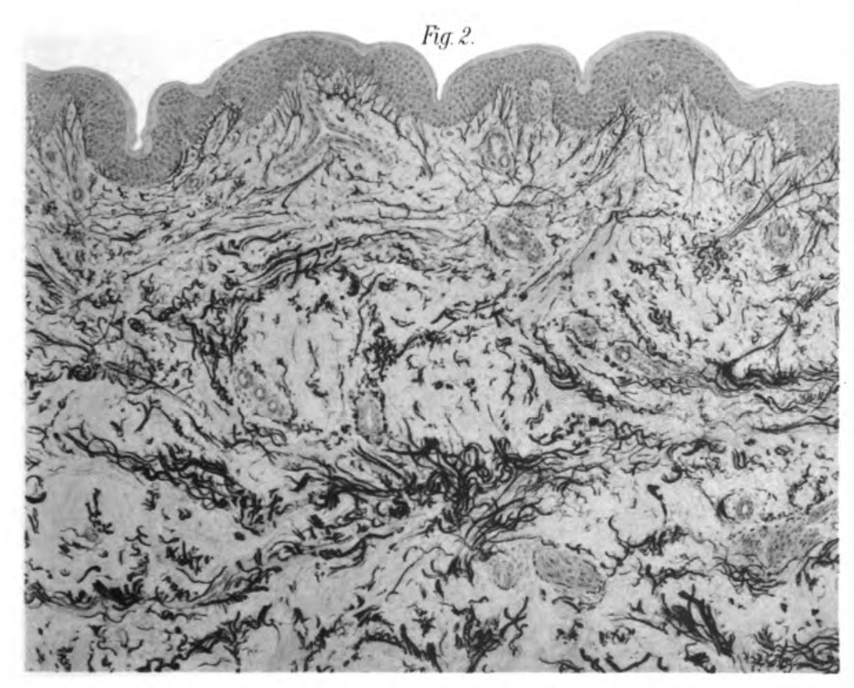
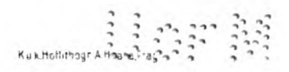
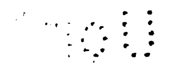


Fig. 2.

R. Volk : Über Anetodermia cutis maculosa in luetico.





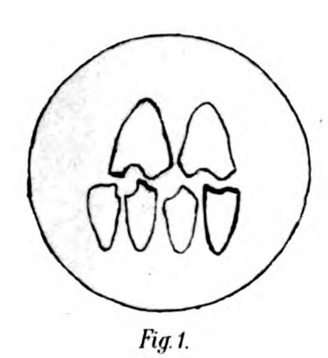


Fig. 1.

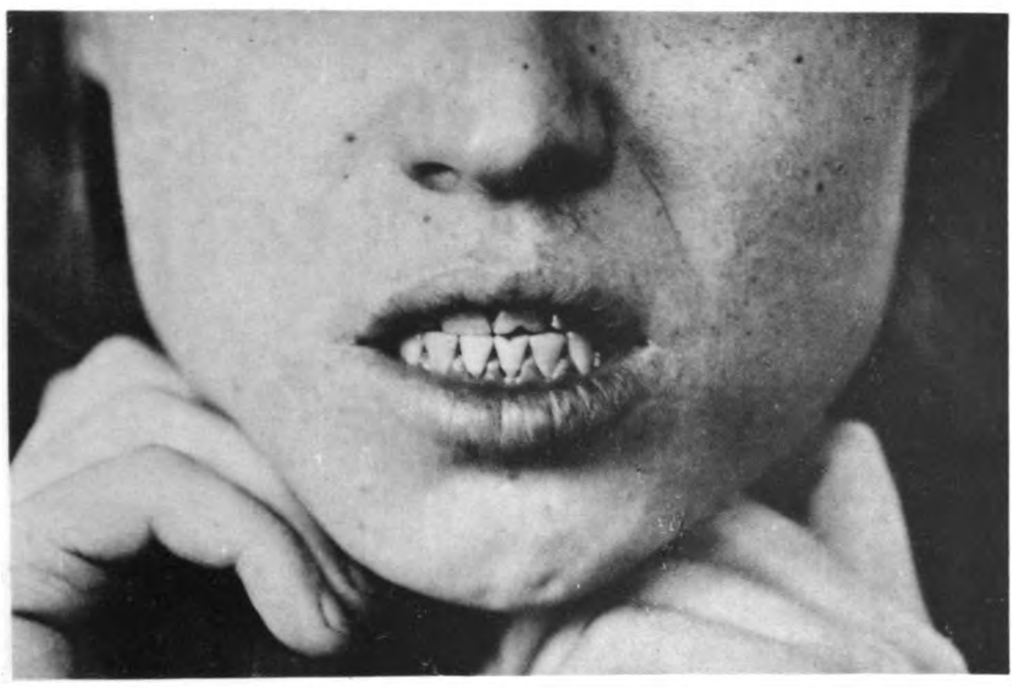


Fig. 2.



S. L. Bogrow: Zur Kenntnis der falschen Hutchinsonschen Zähne.

K. u. k. Hoflithogr. A. Haase, Prag

Fig. 1.

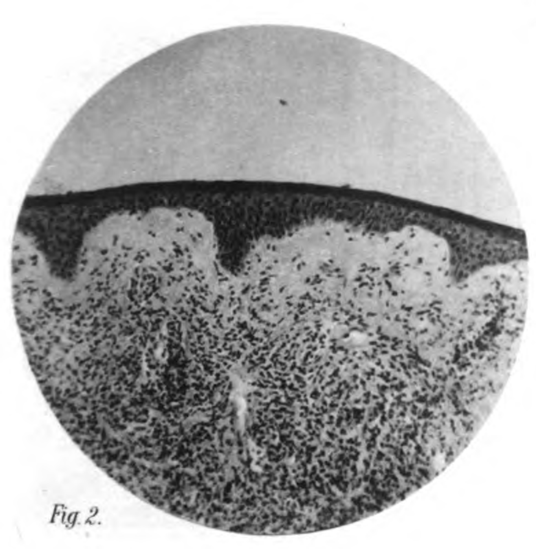


Fig. 2.

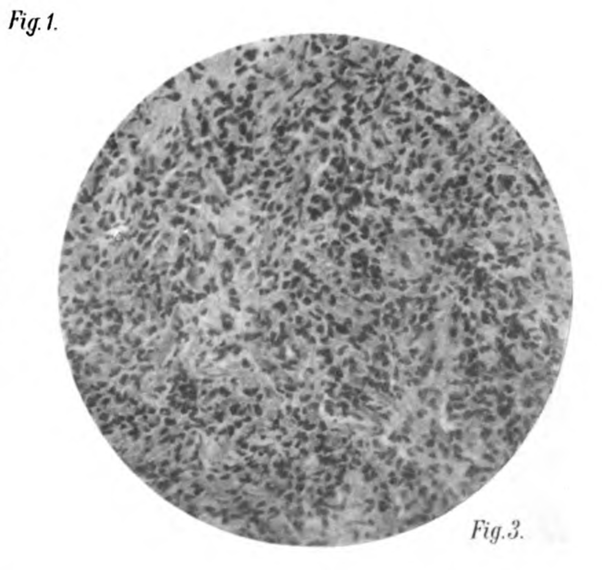
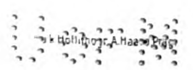


Fig. 3.

Polland: Über sarkomartige Hauttumoren.



Originalabhandlungen.



Über die Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkserkrankungen.

Von

Prof. Dr. **Ludwig Waelsch** in Prag.

Das Zusammentreffen von Psoriasis und von Gelenkserkrankungen ist seit Alibert, Rayer, Gibert, Cazenave und Devergie bekannt und erregte besonders wegen der Eigenart der diese Hautkrankheit begleitenden auffallenden Gelenksveränderungen das besondere Interesse der Autoren. Diese Athropathien erhalten durch ihre Schwere, durch ihren Verlauf und ihren häufigen Ausgang in bleibende Deformierungen der Gelenke ein charakteristisches Gepräge und unterscheiden sich dadurch von jenen gutartigen rheumatischen Gelenksaffektionen, die, wie bei anderen Hautkrankheiten, auch während des Bestehens einer Psoriasis oder bei Psoriatikern überhaupt auftreten können.

Die erwähnten Beobachtungen stammen durchwegs aus Frankreich und zwar ungefähr aus der Zeit um die Mitte des vorigen Jahrhunderts, also aus einer Zeit, wo die alten humoralpathologischen Anschauungen von der Diathesenlehre abgelöst wurden. Es ist daher leicht verständlich, daß Bazin, der Begründer und Verfechter des Arthritismus, gerade in diesem Zusammentreffen von Psoriasis und Arthropathien eine Stütze seiner Theorien und in der gleichzeitigen Haut- und Gelenkserkrankung eine Äußerung dieses Arthritismus erblicken mußte. Es fand dies seinen Ausdruck darin, daß er einer Psoriasis „arthritique" eine Psoriasis „herpetique" gegenüberstellte. Von den späteren Beobachtern dieser Erkrankung (Piogey, Adams, Germain, Dyce-Duckworth, Duron) schloß sich nur

Piogey dieser Anschauung Bazins an. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt Le Roy Satterlee ein, der gleichzeitig mit Psoriasis rheumatische Affektionen oder Abstammung aus einer mit rheumatischer Diathese behafteten Familie häufig beobachtet haben will. Ebenso weist Gaskoin darauf hin, daß Lichen, Alopecie, Psoriasis bei Leuten auftreten, die entweder an Arthritis deformans leiden, oder deren Eltern mit dieser Gelenkserkrankung behaftet waren.

Von deutschen Autoren der siebziger Jahre des vorigen Jahrhundertes hat nur Poor bei Psoriasis universalis „podagrische" Entzündung des Knie und Sprunggelenkes mit Schwund der Gelenksknorpel beobachtet und beide Erkrankungen mit Intermittens in Beziehung zu bringen gesucht.

In einer zusammenfassenden Studie hat endlich Bourdillon eine große Zahl eigener und fremder Beobachtungen, von welchen schon einige oben erwähnt wurden (Piogey, Dyce-Duckworth, Janselme [zehn Fälle], Leloir [zwei Fälle], Duron), im ganzen 36 Fälle gesammelt und auf Grund dieser, besonders der genau studierten eigenen Fälle auf den ätiologischen Zusammenhang von Psoriasis und Arthropathie aufmerksam gemacht. Seine Beobachtungen betreffen aber nicht nur alle Grade und Stadien der Gelenkserkrankung vom einfachen Gelenksschmerz bis zur ausgebildeten deformierenden Arthritis, sondern auch Fälle, bei welchen eine Gelenkserkrankung nicht vorausgegangen war und auch nicht zur Zeit der Beobachtung bestand, bei welchen aber Neuralgien, Lähmungen mit nachfolgenden Kontrakturen etc. sich beobachten ließen. Speziell von den zehn von Bourdillon erwähnten Beobachtungen Janselmes hatten 5 überhaupt keine klinisch nachweisbaren Gelenksveränderungen, sondern 4 von diesen litten nur an Gelenksschmerzen einer an vagen rheumatischen Beschwerden.

Ich fürchte, daß Bourdillon in dem Bestreben möglichst viele Fälle zur Stütze seiner Anschauungen heranzuziehen, etwas zu weit gegangen ist, und, indem er das Gebiet der Arthropathie möglichst weit absteckte, in fremdes Gebiet kam, wodurch er abwehrende Kritik herausfordert.



Auf Grund seiner Beobachtungen und Überlegungen kommt er zu folgenden Schlüssen:

Bei einer gewissen Zahl von Psoriasiskranken kommen zur Beobachtung. 1. Schmerzen, deren Sitz ein vielfacher ist (Neuralgien, Myalgien und Melalgien). 2. Gelenksschmerzen, welche variieren können von der einfachen Arthralgie bis zur Arthropathie im engeren Sinne. Es ist dies kein zufälliges Zusammentreffen und man kann die engen Beziehungen, welche Haut- und Gelenkserkrankungen miteinander verbinden, nicht verkennen.

Die Reihenfolge ihres Auftretens unterliegt nicht einem konstanten Gesetze. In einer kleinen Zahl von Fällen (3) sind die Arthropathien der Hauterkrankung vorausgegangen, manchmal (4 Fälle) entwickeln sie sich gleichzeitig. Am häufigsten hat die Psoriasis schon früher bestanden. Die Schmerzen und die Gelenksaffektion kombinieren sich sehr häufig bei demselben Individuum und es können sich die Formen der Neuralgie, Myalgie, Melalgie oder Arthralgie eines Tages in eine Form von Arthropathie im engeren Sinne umwandeln, die von verschieden starken Dislokationen begleitet ist.

Diese letztere Form stellt sich in 2 Varietäten dar: Die partiellen Arthropathien (häufig knotig) und die generalisierten Arthropathien. Von den letzteren kann man wiederum 2 Typen unterscheiden: die eine vergleichbar dem „Rhumatisme osseux", die andere dem „Rhumatisme fibreux".

Es gibt kein objektives Symptom der Psoriasis, welches das Auftreten der Gelenksstörungen voraussehen ließe. Nichtsdestoweniger besitzt sie sehr häufig gewisse Charakteristika von Bösartigkeit, Härtnäckigkeit, allgemeiner Ausbreitung und man findet gleichzeitig bemerkenswert häufig nervöse Symptome bei den Kranken selbst oder bei seiner Aszendenz.

Wenn man die Eigentümlichkeit der Deformationen, die ätiologischen Bedingungen, die hereditären oder persönlichen Antezendentien berücksichtigt, so muß man zugeben, daß die Gründe, welche man heranziehen könnte, um diese Erkrankung den verschiedenen Formen des Rheumatismus zuzuschreiben, nicht ausreichen. Im Gegenteil, dieselben Erwägungen und die Abwesenheit einer anderen begreiflichen Ursache in der Erklärung äußerer trophischer Einflüsse gestatten uns, sie unter die Arthropathien nervösen, sei es peripheren oder vor allem medullären Ursprungs, einzureihen. Diese Erklärung steht ganz im Zusammenhang mit der Anschauung der trophoneurotischen Natur der Psoriasis. Und wenn man auch deren parasitären Ursprung zugibt, so kann das Nervensystem als notwendiges Zwischenglied zwischen der äußeren Ursache und ihrem Effekt auf der Hautoberfläche intervenieren.

Die bisherigen negativen Befunde in dieser Beziehung können nicht als entscheidende Einwände gegen diese Anschauung verwertet werden, denn die medullären Alterationen können ja auch wohl rein funktionelle oder dynamische sein.

Die einfachen Sensibilitätsstörungen (Neuralgie, Myalgie, Melalgie) während des Verlaufes einer Psoriasis haben keinen absolut schweren Verlauf; sie verdienen jedoch besondere Aufmerksamkeit wegen der Möglichkeit der späteren Entwicklung tiefergreifender Störungen.

Die generalisierten Arthropathien besitzen dagegen bedeutende Schwere und überliefern den Pat. einem Zustande ärgster Impotenz, die aus den unheilbaren Deformationen, welche sie bewirken, entsteht. Die Möglichkeit ihres Auftretens während des Verlaufes einer Psoriasis muß jedenfalls der Prognose dieser Erkrankung mehr Reserve auferlegen, als dies seitens der Autoren geschieht. Die Therapie der neuralgischen, myalgischen, melalgischen Formen kann dem Kranken Hilfe bringen. Bei den arthropathischen Formen, hauptsächlich in jenen Fällen, wo die Intensität der Eruptionen gleichzeitig beträchtlich ist, ist die Wirksamkeit der äußeren oder inneren Medikation viel weniger günstig.

Aus der Monographie Bourdillons sei ferner besonders hervorgehoben, daß eine enge Beziehung der Gelenks- zur Hauterkrankung sich daraus ergab, daß die erstere entweder sich anschloß an vielfach sich häufende Psoriasisrezidive oder sich entwickelte gelegentlich einer neuen Eruption oder einer Generalisation der Hautkrankheit, oder wenn die Psoriasis einen bösartigen, hartnäckigeren Charakter annahm.

Äußere Umstände, wie die soziale Stellung, der Beruf, Erkältungen hatten keinen Einfluß auf die Erkrankung.

Die Gelenksaffektion dauerte oft mehrere Monate, so daß sich manchmal eine neue Attacke anschloß, bevor die bestehende abgeklungen war. Durch diese Rezidive breitete sich der Prozeß allmählich auf eine immer größere Zahl von Gelenken aus und bewirkte dann auch immer stärkere Störungen in der Funktion derselben. Diese Rezidive hatten oft größere Intensität als die früheren Attacken, sowohl was ihre Schwere als auch ihre Dauer betrifft; dabei änderte auch die Psoriasis ihren Charakter, indem sie sich mehr und mehr ausbreitete, auch die Nägel ergriff und durch die Behandlung nicht mehr beeinflußt wurde.

Die so häufigen Komplikationen des gewöhnlichen Gelenksrheumatismus seitens des Endokards, des Perikards oder der Pleura fehlten fast in allen Fällen, ebenso ließ sich die Entwicklung der Gelenkserkrankung aus einem akuten Gelenksrheumatismus nicht nachweisen.

Der Prozeß lokalisierte sich mit besonderer Vorliebe in einem Gelenke. Waren mehrere gleichzeitig befallen, wobei



dann immer Fieber bestand, so waren es zuerst und besonders die kleinen Gelenke, speziell die Metakarpophalangealgelenke, welche ergriffen waren.

Salizylpräparate waren im allgemeinen ganz wirkungslos.

Von der Arthiritis deformans, welche dieser Gelenkserkrankung am meisten ähnelt, unterscheidet Bourdillon die psoriatische Arthropathie durch ihren rascheren Beginn, die raschere Entwicklung der Deformitäten und durch die stärkeren Krisen. Die Deformitäten selbst seien sehr verschiedenartig. Die Gelenksaffektionen entwickeln sich nicht immer symmetrisch. Die bei Arthritis deformans zu beobachtende Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes trifft nach seinen Beobachtungen für die psoriatische Arthropathie nicht zu, da bei seinen 36 Fällen 27 Männern 9 Weiber gegenüberstanden.

Diese eben entwickelten Anschauungen Bourdillons vom nervösen Ursprung der Psoriasis fanden kräftige Unterstützung durch Polotebnoff, der ebenso wie ersterer dagegen Stellung nahm, daß unter dem Einflusse der Wiener Schule die Psoriasis, besonders von den deutschen Dermatologen, als eine Hauterkrankung erklärt wurde, welche nur sonst gesunde, kräftige Leute befalle. Nach Polotebnoff liegt der Grund für diese, seiner Meinung nach irrige Anschauung darin, „daß bisher nur die Krankheit studiert wurde, während den Kranken fast gar keine Beobachtung geschenkt wurde". Er selbst konnte sich bei genauer Untersuchung vom Gegenteil überzeugen. Er teilt seine Beobachtungen in 8 Gruppen ein, von welchen uns besonders die 4. interessiert. Bei allen 8 Kranken dieser Gruppe traten zu den verschiedenartigsten subjektiven und objektiven Erscheinungen seitens des Nervensystems Erkrankungen der Gelenke und der Knochen hinzu. Er fand ebenfalls alle Übergänge von intermittierenden, unregelmäßigen, dumpfen Schmerzen in den Gelenken bis zu bedeutenden Deformitäten. Den Anschwellungen der Gelenke gingen gewöhnlich keine Schmerzen voraus. Auch bei Flexion und Extension wurden sie nicht empfunden, dagegen bei Druck auf die ergriffenen Partien. Über den befallenen Gelenken war die Haut normal. Die sehr geringe Druckschmerzhaftigkeit weist nach Polotebnoff daraufhin, daß auch der Bandapparat der Gelenke nur in ganz unbedeutendem Grade ergriffen



ist. Durch die unveränderte Haut und den Bandapparat ließen sich Verdickungen der Gelenksenden, namentlich an den Phalangealköpfchen nachweisen. Die Schwellung der Gelenke und die Schmerzen fielen gewöhnlich zusammen mit einer Verstärkung der nervösen Symptome und neuen Psoriasiseruptionen. Da bei allen Patienten, bei welchen Schmerzen und Veränderungen in den Gelenken zur Beobachtung kamen, auch gleichzeitig andere auf funktionelle Störung des vasomotorischen Apparates hinweisende Symptome vorhanden waren, kann Polotebnoff nicht umhin, auch diese Veränderungen der vasomotorischen und funktionellen (trophischen) Neurose zuzuzählen.

Unna hatte Gelegenheit, bei Besnier einen Fall von Psoriasis mit Arthropathie zu sehen und spricht sich in seinen „Pariser Briefen" in dem Sinne aus, daß es sich hier nicht um eine einfache rheumatische Affektion, sondern um eine ganz besondere Gelenksaffektion handle und auch der Charakter dieser akuten, diffus erythematösen Psoriasis sei ein ganz eigenartiger.

Shoemacker berichtet über einen einschlägigen Fall, der seit 19 Jahren bei den häufigen Rezidiven seiner Psoriasis auch jedesmal eine rheumatische Attacke durchmachte. Die Therapie war erfolglos geblieben.

Tommasoli beobachtete bei einem Psoriatiker, der häufig an Gelenksschmerzen litt, Deformationen der Fingergelenke.

Schütz fand unter hundert Psoriatikern einen Fall mit universeller Psoriasis, bei dem sich gelegentlich eines frischen Ausbruches der Psoriasis ein subakuter Gelenksrheumatismus entwickelte. Er legt sich die Frage vor, da er auch zweimal bei Psoriasis rezidivierende Bronchitis beobachten konnte, ob nicht solche Fälle vermuten lassen, daß der psoriatische Prozeß sich nicht nur in den obersten Schichten der Körperhaut abspiele, sondern auch auf den serösen Häuten und Schleimhäuten Veränderungen hervorrufen könne, die dann als einfache Hyperämie oder Katarrhe verlaufen können.

Nielsen sah bei 616 Psoriatikern zweimal gonorrhoische Gelenkleiden, dreimal typische Polyathritis rheumatica acuta ohne jede Beziehung zur bestehenden Psoriasis; 5 Kranke, darunter 3 Alkoholiker hatten schnell vorübergehende rheumatische Gelenksaffektionen eines oder weniger, besonders der großen Gelenke



ohne andere Relation zur Psoriasis als die Gleichzeitigkeit, ebenso wie 5 weitere Kranke mit chronischem Rheumatismus. Bei 3 Individuen sollen gleichzeitig Exazerbationen von Psoriasis und Gelenkleiden aufgetreten sein. In einem dieser Fälle war die Psoriasis einigemal von Verlust aller Nägel begleitet. In einem 2. Falle bestand neben sehr häufig rezidivierendem Gelenksrheumatismus ein Vitium cordis. Nielsen hält diese Gelenksaffektion nicht für neuropathischen Ursprungs, außer daß man überhaupt der Arthritis deformans einen solchen zuschreibt. Es ist ihm jedoch aufgefallen, daß Psoriasis häufig, wenn auch nicht immer, bei Menschen mit chronischen Gelenkserkrankungen sich zu bedeutendem Grade entwickelt und namentlich oft den Charakter einer Dermatitis exfoliativa oder Psoriasis inveterata annimmt. Der Gleichzeitigkeit der beiden Leiden, die er ebenfalls mehrmals beobachten konnte, legt er kein so großes Gewicht bei. Die diesbezüglichen Angaben Besniers und Doyons (5%) erscheinen ihm viel zu hoch. Die von den Autoren angeführten Prozentzahlen sind ihm überhaupt nicht beweisend, so lange nicht das Häufigkeitsverhältnis solcher Gelenkleiden bei anderen Hautkrankheiten konstatiert ist.

Gerhardt veröffentlichte 3 Fälle, von welchen der erste zur Sektion kam und später von Peschel in einer Dissertation ausführlich beschrieben wurde. Die Gelenksaffektion machte ihm ganz den Eindruck einer besonderen Art von Polyarthritis mit gewisser Abhängigkeit vom und Zusammengehörigkeit zum Hautleiden. Die nervöse Natur beider erscheint ihm ziemlich annehmbar. In dem 2. seiner Fälle bestand intermittierendes Fieber bis 39°.

Von den 3 Fällen Egers ist der eine bemerkenswert, da der betreffende Psoriatiker selbst keine Arthritis, auch nie rheumatische Beschwerden hatte, dagegen aber litt seine Mutter an Arthritis deformans der kleinen Fingergelenke, hatte aber keine Psoriasis (vgl. die Angaben Le Roy Satterlees und Gaskoins). Er hebt hervor, daß Bourdillon, der die Bazinsche arthritische Diathese leugnet, um seine Theorie der neuropathischen Genese der Psoriasis um so kräftiger zu stützen, behauptet, bei den Eltern seiner Kranken gewöhnlich Abwesenheit rheumatischer oder gichtischer Erkrankungen konstatiert zu



haben. Im Gegensatz zu dieser Behauptung Bourdillons verweist Eger mit Recht auf dessen Fall 13, 25 und 33, aus deren Anamnese die hereditäre Belastung in Sinne von Gelenkserkrankungen deutlich hervorgeht. Nach seiner Meinung geht Bourdillon zu weit, wenn er aus den klinischen Erscheinungen, dem Aussehen und den Funktionsstörungen der erkrankten Gelenke beweisen will, daß die psoriatischen Arthropathien andere seien, als die durch chronischen Gelenksrheumatismus, Arthritis deformans und ähnliche Erkrankungen hervorgerufenen, zumal Piogey die bei der Sektion seines Falles gefundenen Veränderungen der Gelenke als solche eines chronischen Rheumatismus bezeichnen mußte.

Peschels Beobachtung ist, wie schon erwähnt, identisch mit Fall 1 Gerhardts. Sie ist besonders bemerkenswert wegen der sehr hochgradigen Deformitäten der Gelenke und deren raschen Entwicklung, wegen der großen Ausbreitung der Hauterkrankung, die als Psoriasis inveterata mit kolossaler Schuppung einherging und wegen des Sektionsbefundes, der über die Natur der Gelenksaffektion Aufschluß gab. Die Patella des linken Kniegelenkes war mit dem Condylus externus durch Granulationen vereinigt, unter welchen die Knorpelflächen zerstört, die Knochenteile rauh waren. Am Knorpel bestanden mehrfache unregelmäßige Defekte, namentlich der Randpartien an den Kondylen und der Gelenkspfanne mit geringfügigen Granulationen. Er spricht sich ebenfalls für den Zusammenhang der Gelenks- und Hauterkrankung und für den nervösen Ursprung beider aus.

Jadassohn steht hingegen auf dem Standpunkt, daß der Nachweis eines inneren Zusammenhanges des Gelenksleidens mit der Psoriasis schwer zu erbringen sei; er kann sich jedoch nicht dem Eindruck verschließen, daß, so selten auch im allgemeinen die erwähnte Kombination sei, es doch gerade die schwersten Psoriasisformen wären, welche Arthropathien aufweisen. Ein Verständnis für diese Komplikation fehlt uns noch vollständig. „Weder die nervöse, noch die arthritische, noch die parasitäre Theorie kann es vorderhand verschaffen. So unbefriedigend diese Fälle theoretisch sind, so unbefriedigend sind sie leider auch praktisch."

Herz berichtet über den Zusammenhang von Psoriasis und von Ekzem mit Gelenkserkrankungen. Im ersten seiner Fälle bestand eine über den ganzen Körper verbreitete Psoriasis und zugleich eine Gelenksaffektion, welche fast alle Gelenke betraf. Billroth, der diesen Fall sah, glaubte, daß die Veränderungen in den kleinen Gelenken der Finger, welche zu starken Deformitäten und nur stellenweise zu Ankylose geführt hatten, der Arthritis deformans am nächsten stünden, während die hydropischen, schmerzlosen Knie- und Sprunggelenke an die Gelenksaffektionen nervösen Ursprungs erinnerten. In diesem Falle bestand keine hereditäre Belastung in nervöser oder arthritischer Beziehung. Herz spricht sich dahin aus, daß bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von neurotrophischen Vorgängen überhaupt, es kaum möglich sei, wenn man schon den Nerven eine Vermittlerrolle zuweist, sich bestimmt zu entscheiden, ob man die pathologischen Vorgänge in der Haut und den Gelenken als den direkten Einfluß trophischer Nerveneinflüsse erklären, oder mit Polotebnoff an eine Beteiligung der Gefäße denken solle. Beide Möglichkeiten müßten derzeit zugegeben werden, und es sei nicht unwahrscheinlich, daß die Erkrankung bald auf die eine, bald auf die andere Art zustande komme. Im zweiten Falle Herzs hatte der Kranke am Kopf ein Ekzem; die Gelenksaffektion begann zuerst am linken Zeigefinger mit wenig schmerzhafter, wesentlich periartikulärer Schwellung. Nach deren Heilung trat die gleiche Veränderung rechts auf. Wenige Wochen später hohes Fieber und akute Gelenksentzündung, welche abwechselnd fast alle Gelenke ergriff und ganz einer Polyathritis rheumatica entsprach. Kurze Zeit nach Schwund der akuten Erscheinungen sah Herz den Pat. wieder. Dieser war elend, seine Muskulatur atrophisch, starke Schweißsekretion, die sicher unter nervösem Einflusse stand. Im 3. Falle ging dem Aufreten der zu hochgradigen Deformierung führenden Gelenkserkrankung monatelanges intermittierendes Fieber, Schüttelfrost, starker Schweiß, Pneumonie und Pleuritis voraus, so daß er an eine kryptogene Sepsis dachte. An der Haut dreier Finger zeigten sich dann eigenartige Veränderungen: die verdickte Haut stieß sich mit dem Nagel in Form einer Hülse ab und hinterließ eine blutende Fläche.

In dem Falle von Strauss war bemerkenswert, daß die Gelenksaffektion des Kranken, der schon früher Psoriasis hatte, einige Monate nach einem schweren Hitzschlag auftrat. Neben der ausgebreiteten Psoriasis, die auch an den Fußsohlen zahlreiche Papeln mit festen glänzenden Schuppen aufwies und den zu hochgradigen Deformierungen führenden Gelenkserkrankungen (auch die Halswirbelsäule war ergriffen) ist hervorzuheben die hochgradige Nagelveränderung. An den Zehen waren die Nägel umgewandelt in dunkelgraue, walzen- und knollenförmige, steinharte, höckerige Hornmassen von im allgemeinen doppelter Länge der Zehen. Keine Heredität, keine neuropathische Belastung. Strauss hält die Gelenksaffektion für Arthritis deformans. Die hochgradigen Nagelveränderungen, die er in Analogie bringt zur Onychogryphosis, erklärt er für eine Folge trophischer Störungen. Er stützt sich dabei auf die Beobachtung, daß je schwerer die Störungen in den Gelenken, auch desto größer die Nagelveränderungen an den zugehörigen Fingern und Zehen in seinem Falle waren.

Rosenthal hält das Zusammentreffen von Arthritis und Psoriasis für etwas zufälliges.

Dieselbe Meinung vertritt Sellei, der unter 400 Psoriasisfällen nur 3 mal Gelenksaffektionen und in einem Falle Arthritis deformans beobachtete.

Der Kranke von Deutsch hatte atypische Psoriasis, die auch durch den Beginn der vorliegenden zweiten Eruption atypisch war, da sie an den Fußsohlen einsetzte und von hier aus rasch den ganzen Körper ergriff. Die Herde waren bedeckt von grünlichgrauen, austernschalenförmig geschichteten, hohen, mörtelartigen Krusten, die, bucklig vorspringend, der Haut förmlich das Relief einer Gebirgskarte verliehen. An beiden Plantae abbröckelnde, weiße Auflagerungen nebst linsengroßen Effloreszenzen. An manchen Zehen „steht die stark verdickte, schmutzig gelbgrau verfärbte und spröde, brüchige Nagelsubstanz an der unteren Seite ihres sonst freien Endes in direktem Kontakt mit der durch die mächtige schuppen- oder hornartige Auflagerung verlängerten und vorgeschobenen Fingerbeere, so daß sie dort ein scheinbar nie getrenntes Ganzes bildet“. Die Effloreszenzen lokalisieren sich an Streck- und Beugeseiten der Extremitäten, an der letzteren

weniger zahlreich, am behaarten Kopf, am Gesäß, Mons Veneris; unterhalb der Leistenbeugen sind sie zusammengeflossen. An den inneren Schenkelflächen und an den Hodensackseiten besteht keine Schuppenbildung oder Auflagerung im größeren Umfange (infolge Mazeration), sondern gleichmäßig braunrote Verfärbung, stellenweise kleienförmige Abschuppung, stellenweise mäßige Feuchtigkeit, der ganze Herd von einem Schuppenwall umrandet. Auch die Haut des Penis ist ergriffen. Der Rumpf vorne fast frei bis auf einen Herd am Nabel, Rücken reichlich ergriffen. Der Oberarm fast frei, über den Ellbogen graue Auflagerungen, an beiden Vorderarmen an Streck- und Beugeseite zahlreiche isolierte Herde mit Krusten bis zu 1 *cm* Höhe. An beiden Volae starke Entwicklung in Form von unebenen blasenförmigen soliden, Bildungen. An den Fingern die Nagelfalze wallartig aufgeworfen, das Nagelbett vertieft, Nagelsubstanz mächtig entwickelt, gelblich mißfärbig, verdickt und bröcklig, die Fingerbeere überragend und gegen sie etwas abgebogen. Auch hier verschmilzt an einigen Fingern der Nagelrand mit der hornartigen Verdickung der Fingerbeerenhaut. Deutsch schlägt für diese Erkrankung den Namen „Psoriasis ostreacea“ vor. Die begleitende Gelenkserkrankung verlief unter fortwährendem Fieber bis 38·7, lokalisierte sich zuerst im Sprunggelenk und in den kleinen Fingergelenken, in der rechten Schulter und ergriff dann plötzlich das rechte Knie.

Der Vater des Pat. von Grosz hatte zeitlebens gichtische Beschwerden. Der Kranke selbst litt seit 19 Jahren an wiederholten Attacken von Gelenkschmerzen, besonders in den unteren Extremitäten, einhergehend mit Schwellung und starker Schmerzhaftigkeit der Gelenke. Psoriasis seit 16 Jahren. An der Haut des stark abgemagerten Pat. sah man mit Ausnahme des Gesichtes uud Halses allenthalben Effloreszenzen von Psoriasis guttata und nummularis. Über dem linken Olekranon, halbkugelig wie eine Schale auf der Unterlage aufruhend, eine harte, festhaftende schildartige Schuppe, umgeben von einem roten Wall. Nach Abheben der Schuppe treten gewucherte Papillen zutage. Ähnliche kleinere Schilde da und dort an beiden Vorderarmen. Hornartig vorspringende Massen über dem 2. Fingergelenk der linken Hand aus konzentrisch übereinander geschichteten



Schuppenringen bestehend, Nägel stark verdickt, schmutziggrau, von der Matrix durch eine 4 *mm* hohe Hornmasse abgehoben. Sehr schmerzhafte Schwellung der linken Hand im Karpometakarpalgelenk und den kleinen Fingergelenken mit stark eingeschränkter Beweglichkeit. An der rechten Hand Haut- und Gelenksveränderungen weniger intensiv. Das Grundgelenk der großen Zehen beider Füße stark vorgetrieben, Varusstellung dieser Zehen. Auch hier über den Zehengelenken hornige Auflagerungen.[1])

Kuznitzky glaubt, daß Psoriasis und Arthropathie ein gemeinsames auslösendes Moment haben, nämlich chronische spinale Reizzustände. Die Vererbung der Disposition zur Psoriasis bestehe in der Vererbung eines abnorm reizbaren Nervensystems.

Du Castel berichtet über einen Kranken, der schon vor einem Jahre dieselbe Affektion hatte. Zuerst trat am rechten Bein eine eitrige Phlyktäne auf, dann Ausbreitung der Hautaffektion über den Körper und Extremitäten. Auf Handteller und Fußsohlen traten Pusteln auf und gleichzeitig multiple Gelenksentzündungen. Er glaubt, daß es sich um eine Infektion aus inneren Ursachen handelt und möchte die Haut und Gelenkserscheinungen durch Annahme einer Toxhämie erklären. Ihm gegenüber wies Leredde darauf hin, daß das schuppige Aussehen der Plaques, ihre objektiven Merkmale und die begleitende Arthropathie an Psoriasis denken lassen und Hallopeau hob hervor, daß er auch Auftreten eitriger Eruptionen bei Psoriasis beobachtet habe.

Baquero y Tresarios beschreibt einen Fall von Psoriasis, der von rheumatischen Schmerzen begleitet war. Er hält die Psoriasis für eine Infektionskrankheit. Das infektiöse Agens übt zuerst seine Wirksamkeit auf das Nervensystem aus, woraus dann sekundär Veränderungen an den Gelenken entstehen und zwar unter Erscheinungen, welche sie von den anderen Arthropathien unterscheiden lassen.

---

[1]) Grosz möchte diesen Fall, auf Grund der Harnuntersuchung, als echte Gicht deuten; ich glaube aber mit v. Zumbusch und Jadassohn, daß er unter die hier abgehandelten Arthropathien gehört.

Bürgener fand unter 90 Psoriasisfällen privaten Materials 2 mal, unter 136 klinischen 6 mal Arthrithis deformans.

Adrian kommt auf Grund einer eigenen Beobachtung und seinen eingehenden Literaturstudien zu folgenden Schlüssen:

Es gibt eine besondere, mit Psoriasis komplizierte, meist polyartikuläre Gelenkserkrankung, die ausgezeichnet ist, durch einen eminent chronischen Verlauf ohne Neigung zu Herzkomplikationen und die durch Salizylpräparate im allgemeinen nicht zu beeinflussen ist und oft frühzeitig zu Mißstaltung und allmählich zu Destruktion der Gelenke führt. Die Ursache dieser Gelenkserkrankung ist ebenso unbekannt wie die der Psoriasis selbst.

Prädisponierende Momente, wie Armut, Säfteverluste, Nervosität, vorausgegangene anderweitige Gelenksaffektionen, unter anderem akuter Gelenksrheumatismus scheinen durchaus nicht notwendig zum Zustandekommen dieser Gelenkserkrankung.

Das männliche Geschlecht zeigt eine besondere Prädisposition, und unter den Männern sind es vorzugsweise solche um das 40. bis 45. Lebensjahr, welche von schwerer generalisierter Psoriasis befallen sind. Doch ist dies keineswegs die Regel.

Dadurch unterscheidet sich auch die Arthropathia psoriatica von der Arthritis deformans, bei welcher prädisponierende Momente meist nachzuweisen sind und das weibliche Geschlecht einen ungleich höheren Prozentsatz von Erkrankungen zeigt.

Ein spezieller Zusammenhang der Arthropathia psoriatica mit organischen oder funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, so daß sie als zentrale oder reflektorische Trophoneurose aufzufassen wäre, ist nur in ganz vereinzelten Beobachtungen wahrscheinlich gemacht, aber keineswegs bewiesen.

Es ließen sich keinerlei Anhaltspunkte dafür finden, daß es sich dabei um eine Infektionskrankheit handelt. Das schubweise Auftreten der sich meist durch viele Jahre hinziehenden Krankheit läßt jedoch eine solche Auffassung nicht als vollständig haltlos erscheinen.

Zur Gicht hat unsere Erkrankung, wie auch die Psoriasis selbst, keinerlei Beziehungen; dazu sind schon die in der Literatur niedergelegten Fälle von Kombination der Psoriasis mit Gicht viel zu spärlich. Ebensowenig ließ sich ein Zusammenhang mit Gonorrhoe oder Syphilis feststellen.

Lipmann-Wulf verneint für den von ihm beobachteten Fall (Psoriasis im Alter von 52 Jahren, in deren Verlauf sich schwere Gelenksaffektionen besonders an beiden Händen entwickelten) die Frage des ursächlichen Zusammenhanges beider, hält es jedoch nicht für ausgeschlossen, daß beide Erkrankungen durch dieselbe uns unbekannte Ursache hervorgerufen werden. Er bestreitet auch die vorerwähnte Anschauung

Adrians bezüglich der Eigenart der Gelenkserkrankung und macht auf den nicht seltenen Zusammenhang von Gicht und Psoriasis aufmerksam (der schon früher, abgesehen von zahlreichen englischen Autoren, von Grube hervorgehoben wurde) sowie auf Belastung des Kranken durch Alkoholismus und Arthropathia deformans des Vaters.

Darier sieht in der Psoriasis und Arthrithis ein wohlcharakterisiertes, ziemlich häufig vorkommendes Krankheitsbild sui generis, dessen Hauptsymptome sich einerseits von der gewöhnlichen Psoriasis, andererseits von allen übrigen Formen der Arthritis wesentlich unterscheiden. Die Hauteffloreszenzen stellen niemals kleine, runde Herde, sondern stets ausgebreitete Plaques dar, die sich mit Vorliebe in den Achselhöhlen, den Gesäßfurchen und an der Hinterfläche des Hodensackes lokalisieren und außerordentlich hartnäckig sind. Die Arthropathien treten auf, ohne daß eine Infektionskrankheit vorausgegangen wäre. Stets werden gleichzeitig mehrere Gelenke befallen. Der Verlauf ist ein rapider, das Endresultat sind schwere Deformationen. Erkrankungen der Herzklappen hat die Affektion, die vorwiegend jugendliche männliche Individuen befällt, nie zufolge. Manche Fälle haben Ähnlichkeit mit der an den Fingern lokalisierten Form des Tripperrheumatismus. Die Röntgenuntersuchung ergab in seinem Falle, daß die Endphalangen der Finger vollständig resorbiert, die beiden anderen Phalangen stark rarefiziert sind. Außerdem kommt es zur Bildung von Osteophyten, die Ankylosen oder auch Luxationen der Gelenke bewirken können. Ätiologie unbekannt. Keine therapeutischen Erfolge.

Der Fall von Möller muß als nicht ganz hierhergehörig bezeichnet werden, da dem Auftreten der Psoriasis zweimaliger Tripperrheumatismus im Knie und Ferse rechts, im Hüftgelenke links, vorausgegangen war. Bei der 2. Psoriasiseruption, die viel mächtiger als die vorhergehende und auch von einer Nagelaffektion begleitet war, traten heftige Schmerzen in den Fußgelenken auf. Beides wiederholte sich dann noch mehreremals. Auffällig ist in diesem Falle die Besserung der Hautaffektion durch Arsen. Der Fall erscheint Möller sehr beweisend für die Existenz eines Zammenhanges zwischen Psoriasis und Gelenksaffektion.



Menzen fand unter 1000 Psoriatikern 3 mal Gelenkserkrankung. Zwei weitere Patienten gaben an früher Gelenksrheumatismus gehabt zu haben. In dem einen dieser letzteren Fälle sollen beide Krankheiten zugleich aufgetreten sein. Im ersten der 3 Fälle war die Gelenkserkrankung die Folge eines Traumas, im zweiten war die Psoriasis eigentlich ein Nebenbefund bei bestehender Arthrithis urica, im dritten Falle ließ sich nicht von der Hand weisen, daß die Gelenkserkrankung vielleicht gonorrhoischen Ursprungs sei. Ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen war nicht zu konstatieren. Die Psoriasis reagierte gut auf die Behandlung und es handelte sich auch nicht um eine besondere Form von Gelenkserkrankung; ebensowenig konnte eine Erkrankung des Nervensystems als gemeinsame Ursache beider angeschuldigt werden.

In dem Falle von Audry und Ancian traten Psoriasis und Arthritis fast gleichzeitig auf. Die Psoriasis breitete sich, am Kopfe beginnend, bald über den ganzen Körper aus und die Arthritis ergriff bald dieses, bald jenes Gelenk. Seit 4 Jahren setzte sich die Entzündung im linken Kniegelenk fest; während einer mehrmonatlichen Bettlägerigkeit bildete sich allmählich Beugestellung des linken Unterschenkels aus, der sich gleichzeitig mehr und mehr nach hinten luxierte und immobilisierte; knöcherne Ankylose bestand hier nicht, Bewegung sehr schmerzhaft.

Hallopeau und Macé de Lépinay stellten einen Kranken vor, der seit seinem 20. Lebensjahr fast ununterbrochen an Psoriasis litt, die sich allmählich generalisierte. Erst in den letzten Tagen entwickelte sich — er hatte früher nie Rheumatismus — eine ungemein schmerzhafte Schwellung der linken Hand mit erhöhter Temperatur, Rötung und Spannung der Haut. Der Sitz der hauptsächlichen Schmerzen schien in den Streckern der Finger zu sein. Das klinische Aussehen dieser Erkrankung war ganz das einer gonorrhoischen Arthritis, jedoch ergab die Anamnese und die Untersuchung des Kranken diesbezüglich absolut negativen Befund. Trotz sorgfältiger Behandlung breitete sich die Schwellung rasch auf sämtliche Finger aus. Auch die rechte Schulter war durch einige Tage schmerzhaft. Kein Fieber, nichts am Herzen, nichts im Harn.

Als die Psoriasis sich besserte, ließen auch die Schmerzen etwas nach. Gegen die Gelenksaffektion war Salizyl und später Antipyrin ziemlich erfolglos. Die Autoren erblicken in dieser Gelenkserkrankung eine bisher unbekannte akute Komplikation der Psoriasis, die sie „blennorrhagiforme" Arthropathie nennen.

Bei der Patientin Wollenbergs, welche seit 14 Jahren an Psoriasis litt, entwickelten sich vor einem Jahre, langsam einsetzend, Schmerzen und Schwellung verschiedener Fingergelenke. An diesen, wie an beiden Talokruralgelenken ergab die Durchleuchtung Veränderungen, welche dem primär chronischen Typus der progressiven Polyarthritis ähneln. Moorbäder waren erfolgreich. Trotzdem glaubt W., daß die Prognose nach den bisherigen Erfahrungen ungünstig sei. In dem Falle bestand hereditäre Belastung nach keiner Richtung. Die Röntgenbilder zeigen, daß in den frühen Stadien der Gelenksaffektion Knorpel- und Knochenläsionen größeren Stils nicht vorkommen, abgesehen von früh einsetzender Knochenatrophie.

Brocq hebt hervor, daß die mit Arthropathie vergesellschaftete Psoriasis sich durch Neigung zur Generalisierung der Hauterscheinungen und zu Vergrößerung und entzündlicher Rötung der Plaques auszeichnet. An den Fingernägeln kommt es oft zur Abblätterung und Punktierung, an den Zehennägeln zu Erscheinungen der Onychogryphose.

Stoffel beobachtete eine Frau ohne nervöse Störungen, bei der knapp vor dem Auftreten einer Gelenksaffektion in beiden Sprunggelenken sich Psoriasis am behaarten Kopfe, wenige Monate später an den Füßen entwickelte. Die Gelenksaffektion, welche mit hochgradiger Schwellung der Gegend des Sprunggelenkes, starker Schmerzhaftigkeit, Verdickung der Knöchelgegend, Abknickung der Füße nach außen, Abflachung des Fußgewölbes einherging, fesselte die Patientin die letzten Jahre infolge hochgradiger Schmerzhaftigkeit ans Bett. Zur Zeit der Beobachtung lokalisierte sich die typische Psoriasis am behaarten Kopfe, Stirne und den Streckseiten des rechten Ellbogens und der linken Tibia, Rückseite des rechten Oberschenkels. Die Röntgenuntersuchung ergab hochgradige Defekte und Atrophien am Talus, der am Kollum und Kaput stark zer-

fressen, auch an seinem Hinterteile bedeutende Usuren und Defekte aufwies, Navikulare, Kuneiformia und Metakarpalia auch nicht ganz intakt. Das Gelenk zwischen den beiden großen Zehenphalangen total zerstört, die beiden Phalangen durch den Zerstörungsprozeß auch in ihrer Länge reduziert. Diese Gelenksveränderungen entsprachen dem Bilde neuropathischer Arthrophie und den anderen Stadien der Arthritis deformans. Stoffel glaubt an den Zusammenhang beider Affektionen; am verständlichsten erscheint ihm, daß das Leiden „auf dem Boden einer (allerdings noch sehr unbekannten) Erkrankung des Nervensystems" entstanden sei.

Nach dieser Zusammenstellung der mir zugänglichen Literatur möchte ich nun über meine 5 Beobachtungen berichten: 2 derselben konnte ich als Assistent an der dermatologischen Klinik F. J. Picks beobachten, 3 entstammen meiner Privatklientel.

Fall I. St. E., 55j. Hausierersfrau. Eingetreten in die Klinik am 28. Februar 1898.

Patientin war bis zum Jahre 1871 niemals ernstlich krank. In diesem Jahre begann unter Fieber und Schüttelfrost das jetzt noch bestehende „Gichtleiden". Sie wurde wegen dieses Leidens nach Teplitz geschickt, kam gebessert zurück und war nach 8maliger Wiederholung dieser Badekur in den 3 darauffolgenden Jahren angeblich vollkommen hergestellt.

Im Jahre 1887 erkrankte Patientin neuerdings an heftigen Hals- und Kopfschmerzen mit schmerzhafter Gelenksschwellung, wozu sich auch eine starke Augenentzündung hinzugesellte, gegen welche Eisumschläge angewendet wurden. Im Anschluß an diese Umschläge entwickelte sich angeblich ein Ausschlag im Gesicht. Wegen dieser Erkrankung wurde sie an eine hiesige Augenklinik gewiesen, von der sie auf eine dermatologische Klinik transferiert wurde. Letztere Klinik verließ sie aber bald über eigenes Verlangen, suchte dann Hilfe in einem böhmischen Landspital, von wo sie nach 2monatlicher Behandlung geheilt entlassen wurde. Die Hautaffektion kehrte jedoch bald im Gesichte wieder, trat auch über den Gelenken auf, so daß Patientin neuerlich das letztere Spital aufsuchen mußte. Vor Weihnachten 1896 wurde die Affektion an der Haut des Gesichtes so ausgebreitet und entwickelte sich auch am Genitale in solchem Maße, daß Patientin in Prag in einer Klinik Hilfe suchen mußte. Nach 3monatlichem Spitalsaufenthalte konnte sie gebessert entlassen werden, indem nur noch am Genitale und um die Ohren Reste der Hautaffektion zurückgeblieben waren. 2 Monate später kam es zu einer neuerlichen Eruption, besonders heftig am Kopfe und Genitale, indem



sich daselbst große nässende oder von Krusten bedeckte Herde bildeten. Gleichzeitig entwickelten sich auch, wie in jeder früheren Eruption, Schmerzen in den deformierten Gelenken. Die Deformitäten waren im Laufe der Jahre allmählich entstanden. Trotz ärztlicher Behandlung verschlimmerte sich der Zustand mehr und mehr, und Patientin sucht deswegen das Spital auf.

Patientin ist seit 30 Jahren verheiratet, hat im Jahre 1860 ein Mädchen geboren, das nach 14 Tagen starb. Sonst nie gravid gewesen.

Sieben Geschwister sind gesund, ein Bruder starb im jugendlichen Alter an einer der Patientin unbekannten Krankheit, ihr Vater starb vor 11 Jahren, ihre Mutter, die im 50. Lebensjahre gestorben, litt durch 25 Jahre angelich an „Gicht".

Status praesens: Patientin ist mittelgroß, sehr herabgekommen, stark abgemagert, prämatures Senium. Sie nimmt die Rückenlage ein, Knie und Ellbogen leicht gebeugt, die Finger zur Faust eingeschlagen. Dabei sind die Finger der linken Hand in den Metakarpophalangealgelenken abduziert, der 2. und 4. über den 3. gelagert, so daß letzterer unter die ersteren zu liegen kommt. Der Daumen ist dem Zeigefinger in Pillendreherstellung adduziert, dabei der Metacarpus I in extremer Abduktionsstellung, so daß die in Streckstellung befindlichen Phalangen mit dem Metakarpus einen rechten Winkel bilden. Die Interossealräume stark eingesunken. Dieselbe Stellung zeigt die rechte Hand, nur ist hier die Abduktion des Zeigefingers und die Hinüberlagerung desselben über den Mittelfinger eine so hochgradige, daß der 2. und 4. Finger über dem 3. einander berühren.

Die abnorme Stellung der Finger ist nur bis zu einem geringen Grade durch passive Bewegung korrigibel. An den übrigen Gelenken nichts Pathologisches nachweisbar bis auf leichte Krepitation und Druckschmerzhaftigkeit der Knie und Ellbogengelenke, ebenso Schmerzen bei aktiven und passiven Bewegungen.

An den einander zugewendeten Fingerseiten zunächst den Interdigitalfalten ist die Haut stark gerötet, mazeriert, des oberflächlichen Epithels beraubt, nässend. Entsprechend dem Grunde der normalen Furchen der volae manus, welche infolge der extremen Beugestellung der Metakarpophalangealgelenke stark vertieft sind, ähnliche Mazerationserscheinungen mit Rhagadenbildung.

Die Haut blaß, ungemein atrophisch, besonders an den Handrücken, Vorderarmen und Unterschenkeln grob gefeldert, feinst abschuppend. Besonders hochgradig ist diese Atrophie an der Kopfhaut. Am Vorderkopfe findet sich ein über flachhandgroßer kahler Herd, umgeben von sehr schütteren, graumelierten Haaren, von denen an der Stirnhaargrenze nur ein schmaler Streifen erhalten ist. Die Haut ist hier stark verdünnt, gespannt, glatt, glänzend, die Haarfollikel fehlen. Im Bereiche dieser Hautpartie und in deren nächster Nachbarschaft finden sich scharf umschriebene, mäßig infiltrierte, teils oberflächlich fein schuppende oder



von Krusten bedeckte Herde. Sonst besteht am Haarboden geringe Schuppung.

Das Gesicht greisenhaft, stark gerunzelt, eulenartig. Die Lidspalten der Quere nach verkürzt, Augenlider gerötet und geschwollen, der Zilien beraubt, besonders rechts. Die Konjunktiven stark aufgelockert, gerötet, mit geringer Eversion der unteren Augenlider.

Im Gesichte, und zwar nach abwärts von der Nase, links weiter hinaufreichend als rechts, dann über die Schläfen auf beide Ohren übergreifend und von hier über die processus mastoides längs des Unterkieferrandes sich beiderseits zum Kinn fortsetzend, erscheint die Haut stark gerötet, infiltriert, nässend, spärliche Krusten tragend. Die Infiltration macht sich besonders kenntlich an den Ohren, die, stark vergrößert, abstehen und unförmig erscheinen, ferner an den von dicken honiggelben Krusten bedeckten Lippen, die stark gewulstet sind; die Unterlippe ist ektropioniert. Über dem Jugulum ein kleiner, wie oben beschriebener Herd, der sich an der Peripherie in kleine Knötchen und Pusteln auflöst, welche in kleineren und größeren lockeren Gruppen stehend die Verbindung mit dem großen Herde des Gesichtes herstellen.

Im Bereiche der linken axilla ein über handtellergroßer Herd, wo die Haut, stark infiltriert und gerötet, in kleinen Bezirken näßt. Um das äußere Genitale ebenfalls starke ekzematöse Veränderungen; die großen Labien stark geschwollen, weniger stark die Nymphen, die Haut daselbst stark gerötet, nässend. Von hier aus setzt sich der entzündliche Prozeß über die Genitokruralfalten auf die Innenfläche der Oberschenkel fort, reicht bis gegen das mittlere Drittel des Oberschenkels und kriecht dann über das Perinaeum auf die Rima ani und die derselben benachbarten Partien der Nates.

Die Lymphdrüsen rechts am Unterkiefer, sowie die retromaxillaren beiderseits geschwollen. Die inneren Organe bis auf leichtes Lungenemphysem normal. Im Harn kein Eiweiß. Durch monatelange Behandlang gelang es der Hautaffektion soweit Herr zu werden, daß der Zustand der Patientin ein leidlicher wurde; es ließen sich aber Nachschübe an den erwähnten Prädilektionsstellen nicht verhindern.

Fall II. P. A., 44j. Korrespondent. (Anamnese und Status aus dem Jahre 1888.)

Patient stammt aus gesunder Familie; speziell Haut- oder Gelenkerkrankungen sollen in der Familie nicht vorhanden gewesen sein. Er war nie sonderlich kräftig.

In seiner Jugend machte er Masern durch, vor 12 Jahren akquirierte er ein Ulkus, gegen welches lokal Hg-Pflaster und eine allgemeine Schmierkur angewendet wurde. Symptome von Lues sollen darnach nicht aufgetreten sein. Außerdem war Patient mehrmals gonorrhoisch infiziert.

Im Jahre 1871 begann seine jetzige Gelenksaffektion. Er setzte sich während des deutsch-französischen Krieges auf seinen Reisen großen Strapazen aus und führt darauf eine rheumatische Erkrankung zurück, die



sich besonders in den beiden Kniegelenken lokalisierte. Die Gelenke waren stark geschwollen, ungemein schmerzhaft, und mußten in steter Beugung gehalten werden. Unter heißen Umschlägen besserte sich sein Zustand in 6 Wochen, so daß er wieder seinem Berufe nachgehen konnte. Jedoch bestanden noch immer leichte Schmerzen in den Knien. Besonders am Morgen nach der Bettruhe waren die untern Extremitäten „wie hölzern". Im Jahre 1873 entwickelte sich eine neuerliche Exazerbation seines Rheumatismus in den Kniegelenken. Patient lag mit dieser Erkrankung durch 6 Wochen im Wiener allgemeinen Krankenhause, und unterzog sich dann einer 4wöchentlichen Badekur in Teplitz. Bis zum Jahre 1880 war der Zustand des Kranken ein erträglicher; er litt nur an ziehenden Schmerzen in den Kniegelenken, konnte aber doch seinem Berufe nachgehen. In diesem Jahre erkrankte er plötzlich unter Fieber und äußerst heftigen Schmerzen besonders im Nacken, beiden Kniegelenken und einzelnen Interphalangealgelenken, so daß er sich gar nicht bewegen konnte. Die Gelenke waren stark geschwollen, die Haut stark gerötet. Der Kranke wurde nach Teplitz transportiert und verbrachte dort 8 Wochen ohne Besserung. Unter ärztlicher Behandlung gingen nach 7 Monaten die Erscheinungen endlich soweit zurück, daß er wenigstens gehen konnte. Patient verbrachte dann, wenn wiederum Schmerzen in den Gelenken auftraten, einige Wochen in Bad Elster oder in Franzensbad. Seit der schweren Attacke i. J. 1880 und in den folgenden Jahren bildete sich allmählich die Deformität seiner Zehen und Finger aus.

Vor einem Jahre trat ein nässender und juckender Hautausschlag an der Vorderfläche beider Unterschenkel auf, der nach kurzer Zeit unter Anwendung von Salben und Streupulvern heilte, während ein bald darnach entstandener an den genitokruralen Falten und den angrenzenden Partien des Skrotum sich hartnäckiger erwies.

Ende Januar d. J. bekam Patient heftige Schmerzen in beiden Kniegelenken und der rechten Schulter, zugleich trat an der Vorderfläche des Abdomens ein Hautausschlag auf, bestehend in allmählich vertrocknenden Bläschen, vor 14 Tagen ein ebensolches juckendes Exanthem an der Schulter und an den Zehen; seit 8 Tagen besteht starke Anschwellung und Schmerzhaftigkeit an den Interphalangealgelenken beider Hände, und auch der Hautausschlag an der Haut der betroffenen Gelenke und in den Interdigitalfalten; zugleich begann sich auch der Ausschlag am behaarten Teil des Kopfes zu entwickeln. Seit 4 Wochen bemerkt Patient, daß sich einzelne Nägel an den Zehen loslösen.

Status praesens: Patient ist mittelgroß, grazil gebaut, stark abgemagert. Das Gesicht zeigt leidenden Ausdruck, die Wangen eingefallen. Hautfarbe fahl, die Haut fettarm, schlaff.

Die Finger beider Hände stark deformiert, indem die meisten Metakarpo-Phalangeal- und Interphalangealgelenke stark geschwollen, schmerzhaft erscheinen und teils in leichter Flexions- oder Hyperextensionsstellung entweder vollständig oder nur mit geringer Exkursionsfähigkeit fixiert sind. Das linke Knie stark geschwollen, die Furchen zu beiden



Seiten der Patella verstrichen, deutliches Ballotement der Patella. Die Zehen sind ebenfalls vielfach deformiert, die Gegend der Metatarsophalangealgelenke stark geschwollen, druckschmerzhaft. Die Bewegungsfähigkeit der Zehen stark herabgesetzt.

Die pathologischen Veränderungen an der Haut bestehen zum Teil in meist gruppenweise beisammenstehenden braunroten, auf Druck wenig erblassenden Knötchen von ca. Linsengröße, die sich derb anfühlen, über das Niveau der Haut wenig emporragen, jedoch für den tastenden Finger sehr gut wahrnehmbar sind. An der Oberfläche der Knötchen kommt es z. B. am Rücken, zu sehr starker Schuppenbildung, an andern Stellen, wie in den Achselhöhlen, an der Vorderfläche des Unterleibes, sind die oberflächlichsten Epidermislagen abgängig, und an ihrer Stelle finden sich dünne, meist blutige Krusten, während der Rand der Knötchen von einem sehr zarten Saume trockener ausgefranster Hornschichten umgeben ist. Im Bereiche der erkrankten Gelenke, innerhalb der ödematösen, livid gefärbten Haut, dann an den Interdigitalfalten der Finger, am Fußrücken findet sich ein nach Form und Größe der Einzeleffloreszenzen ähnliches, jedoch mit Bläschen- und Pustelbildung einhergehendes Exanthem. Der Inhalt der Pusteln ist zu hohen Borken eingetrocknet, welche sich von den darunterliegenden glatten, feuchten Epithelschichten leicht abheben lassen.

Im Bereiche der Zehen, offenbar durch Konfluenz einzelner Herde entstanden, ist die stark gerötete Haut teils mit übelriechenden Krusten und Borken bedeckt, teils haben sich die oberen Schichten der Epidermis in zarten Fetzen abgelöst. Die Nägel der linken 1. und 4. Zehe, der rechten 3.—5. fehlen, an den übrigen sind sie sowohl vom Nagelbett als auch aus dem Nagelfalz abhebbar, darunter geringe Eiterung.

Die Nägel der Finger im allgemeinen gut geformt, glatt, mäßig hart, vielfach gelblich oder grünlich gefärbt. Der Nagelfalz liegt dem Nagel allenthalben nur sehr locker an, sein Rand geschwollen und verdickt; bei Druck auf denselben, der schmerzhaft empfunden wird, entleert sich dicker Eiter; die Nägel selbst liegen dem Nagelbett nur ganz locker auf.

Im Bereiche der behaarten Teile des Kopfes, die Stirnhaargrenze nur wenig überschreitend, diffuse Rötung der Haut mit oberflächlicher starker weißer Schuppung.

Unter Bädern und Einpackungen mit Salizylpflastern (Salizylsäure innerlich) besserte sich der Zustand des Patienten verhältnismäßig rasch, und finde ich nach 6 Wochen folgendes notiert:

Der Ernährungszustand des Patienten hat sich gehoben, subjektives Befinden leidlich. Die Haut des behaarten Kopfes ganz rein, nur an der Stirnhaargrenze ein schmaler roter Hautstreifen. Das Exanthem am Stamme ist mit Hinterlassung glatter, hellbraunpigmentierter Flecken geschwunden. Hingegen sind am Stamme, besonders an den Seitenflächen und zwischen den Schulterblättern frische Effloreszenzen in großer Zahl aufgetreten in Form niedriger, kleiner Knötchen, bedeckt von trockenen,



serös imbibierten Schuppen oder kleinen Epidermishügelchen. Nach Ablösung dieser Hügelchen oder Krusten kommt ein trockenes, nur wenig gerötetes oberflächliches Infiltrat zum Vorschein, das papilläre Blutpunkte bei leichtem Kratzen mit dem Fingernagel hervortreten läßt. Die Ränder dieser Infiltrate sind dann gebildet von einem zarten Saum trockener, aufgelockerter und aufgefranster Epidermis. Das Exanthem ist nicht symmetrisch verteilt; dementsprechend findet man viele frische Effloreszenzen, die der Schuppenmassen entbehren, an der Innenfläche der linken oberen Extremität, während die rechte nur an der Streckseite des Ellbogens ergriffen ist. Ebenso sind im Bereiche der rechten Achselhöhle nur isolierte Effloreszenzen aufgetreten, während in der linken infolge Konfluenz der Einzeleffloreszenzen die Haut diffus gerötet und der obersten Schichten entbehrend, näßt. Die Haut des Dorsum der Finger ist nur noch leicht gerötet, ebenso auch die der volaren Fläche der 3 radialen Finger; an der Volarfläche der beiden ulnaren finden sich noch eine große Zahl schmutzigweißer, mohnkorn- bis linsengroßer Effloreszenzen, die das Niveau der Umgebung nur wenig überragen, und durch eitrige Imbibition der Hornschichten entstanden sind.

Die Ränder der Nagelfalze haben sich angelegt, sind glatt, die erkrankten Nägel sind sämtlich abgestoßen, die nachgewachsenen Nägel sind weich, biegsam, an den freien Rändern aufgefasert, ihre Oberfläche mit trockenen, krümligen Massen bedeckt. An den Füßen die Haut der Zehen nur noch leicht gerötet, stellenweise nässend, größtenteils jedoch die Hornschichten regeneriert. An beiden Fersen haben sich die obersten Epidermisschichten in großen Lamellen abgestoßen, die übrige Haut daselbst ungemein hart, rissig. Die Nägel sämtlicher Zehen abgängig.

Mit Ausnahme der Fingergelenke sind alle befallenen Gelenke gegenwärtig beweglich, das linke Kniegelenk leicht geschwollen mit geringer Flüssigkeitsansammlung in demselben. Die Fingergelenke, bes. die 1. Interphalangealgelenke in Subluxationsstellung fixiert.

Bis zum 10. März waren die Hauterscheinungen völlig geschwunden, jedoch hatte sich eine rechtsseitige Iritis leichten Grades entwickelt, die den Patient bis zum 20. März im Spital zurückhielt.

Zu Beginn des Jahres 1898 hatte ich selbst Gelegenheit den Kranken zu sehen. In der ganzen Zeit litt er periodisch an manchmal heftig exazerbierenden Schmerzen in den Gelenken, speziell in den Knie- und Schultergelenken. Gleichzeitig entwickelte sich eine immer stärkere Deformität der Finger und Zehen. Seit 2—3 Monaten, im Anschluß an eine besonders starke Exazerbation der Gelenksaffektion, entwickelte sich allmählich wieder seine Hautaffektion.

Der zu dieser Zeit aufgenommene Status ergab bezüglich der Lokalisation der Hauterkrankung im großen und ganzen dasselbe Bild wie im Jahre 1888, nur war die Extensität des Prozesses eine geringere.

Am behaarten Kopf und um das Genitale bestand, sowie an den der Haargrenze benachbarten Teilen der Stirn, bei geringer Infiltration und Rötung ziemlich wesentliche silberweiße Schuppung. Über den Streck-



seiten der Ellbogengelenke, annähernd symmetrisch fanden sich größere und kleinere Herde von mäßiger Infiltration runder Form, von dünnen, grauweißen, serös imbibierten Schuppen bedeckt, umgeben von einem zarten Schuppenfransensaum, spärlicher an den Beugeseiten. Manche dieser Herde zeigten das Aussehen typischer Psoriasiseffloreszenzen, waren von trokkenen, silberweißen Schuppen bedeckt, nach deren Abkratzen das blutende Oberflächenhäutchen zutage trat. Am Körper verstreut fanden sich außerdem zahlreiche stecknadelkopf- bis kreuzergroße Herde von gelben Krusten bedeckt, speziell um den Nabel herum in einer Breite von ca. 2 *cm* ein zusammengehöriger größerer Herd, ferner über den Streckseiten der Kniegelenke und Unterschenkel, ferner an den Zehen fingerbreit auf den Fußrücken übergreifend. Auch hier zeigten einige Herde, speziell über den Kniegelenken, ausgesprochenen Psoriasistypus.

An den Gelenken fanden sich hochgradigste pathologische Veränderungen. In den Metakarpophalangealgelenken beiderseits rechtwinklige Beugekontraktur, im ersten Interphalangealgelenke Hyperextension, im 2. leichte Beugung. In dieser Stellung sind die Finger fixiert.

An den Füßen: die linke große Zehe in extremster Valgus-Stellung, wodurch die 2., 3. und 4. über die große Zehe hinübergeschlagen erscheinen, die 5. ist über die 4. gelagert. Rechts dieselben Veränderungen, nur weniger hochgradig. Die Nägel der meisten Zehen umgewandelt in eine bröckelige, gelbbraune Masse, ebenso die beider Kleinfinger. Sonst sind die Fingernägel undurchsichtig, vielfach gefurcht oder gestichelt, stark verdickt.

Im Harn keine abnormen Bestandteile.

Die durchgeführte Behandlung hatte auf die Gelenkserkrankung gar keinen, auf die Hauterkrankung nur insoferne einen Einfluß, als es gelang, die nässenden Stellen zu überhäuten und die Infiltrationen zu geringem Rückgang zu bringen. Unter der Behandlung kam es aber immer wieder zu Nachschüben der Hauterkrankung.

Fall III. R. K., 30jähr. Arzt. Beobachtung aus dem Jahre 1898.

Patient machte von Kinderkrankheiten Masern, Schafblattern und Keuchhusten durch, in seinem 14. Lebensjahr Typhus, im 19. Variola mit anschließender Furunkulose. Vater starb 56 Jahre alt plötzlich an Lungenödem infolge von Arteriosklerose und daraus entstandener Aorteninsuffizienz. Die Mutter lebt und ist bis auf einen chronischen Gelenksrheumatismus, der zur Deformierung einzelner kleiner Fingergelenke geführt hat, vollkommen gesund. Ihr Bruder leidet ebenfalls an chronischem Rheumatismus, ein zweiter hat typische Gichtanfälle im Großzehengelenke und es entwickelte sich bei diesem, ohne daß die übrigen Gelenke Krankheitserscheinungen dargeboten hätten, im 38. Lebensjahre eine Mitralinsuffizienz. (Sonst hat die Mutter keine Geschwister.) Die Großmutter, Großtante und Urgroßmutter des Kranken mütterlicherseits litten an deformierender Arthritis. Pat. hat 6 Geschwister. Von diesen hatte ein Bruder ein Ekzem an



beiden Oberschenkelinnenflächen, mit dem er 1890 durch 5 Wochen an der Klinik Kaposi in Behandlung stand. Der vorjüngste Bruder hat seit seinem 6. Lebensjahr Attacken von Rheumatismus im rechten Kniegelenk.

Bis zu seiner Variolaerkrankung war die Haut des Patienten stets gesund. Seit dieser Zeit bildeten sich fortwährend im Gesicht und auf der Brust große Komedonen und bestand starke Seborrhoea capillitii. Im Sommer 1893 entwickelte sich an der Haut der linken Achselhöhle ein zirka talergroßer, erhabener, lebhaft roter, stark juckender, an den Rändern schuppender, rundlich konturierter Fleck, der vom Pat. nicht weiter beachtet wurde. Während seiner um diese Zeit beginnenden Dienstzeit am Garnisonsspital in Wien bekam er am Stamme und zwar an jenen Stellen, wo der Säbelriemen einschnürte, mehrere rundliche bis kreuzergroße Herde von demselben Aussehen wie der Herd in der Achselhöhle, nur waren sie an ihrer ganzen Oberfläche von Schuppen bedeckt.

Im April 1894 bemerkte er am freien Rande der Nägel und zwischen denselben und dem Nagelbette Anhäufungen weißer Schuppenmassen und gleichzeitig traten unter enormem Hitzegefühl und starkem Jucken knötchenförmige Effloreszenzen an beiden Flachhänden auf. Nach kurzem Bestande bedeckte sich die Kuppe des Knötchens mit einer Schuppe, welche immer höher wurde. Die allmählich an Zahl zunehmenden Effloreszenzen konfluierten unter starkem Flächenwachstum und gleichzeitiger Abflachung so zwar, daß die Schuppen dann im Niveau der übrigen Haut lagen. Nach deren Ablösung zeigte sich unter dem Niveau der gesunden Haut eine rote glänzende Fläche. Ähnliche Herde traten auch an der Kopfhaut und in beiden Achselhöhlen auf. Ein konsultierter Dermatologe diagnostizierte nach Besichtigung der Herde in der Achselhöhle Ekzema marginatum, nach Besichtigung des übrigen Körpers eine seltene Psoriasisform und verordnete Ol. Rusci und Ol. oliv. aa; auf den Kopf weiße Präzipitatsalbe; intern Sol. Fowleri. Nach ungefähr 5wöchentlicher Behandlung verschwand das Hautleiden bis auf einige Herde am Schädel, die sich aber auch in einigen Monaten völlig rückbildeten.

Im Jahre 1898 sah ich den Pat. das erstemal. Es hatten sich seit 4 Monaten neuerlich ausgebreitete Herde am behaarten Kopfe, am Schädel verstreut und an der Stirnhaargrenze entwickelt, ferner an beiden Ohrmuscheln, am Kinn, an den Nasenflügelfurchen, in den Achselhöhlen, in den Volae manus, an den Interdigitalfalten, an der Volar- bzw. Plantarseite einzelner Finger und Zehen, an den Plantae pedis, an Mons veneris, an der Innenfläche der Oberschenkel, am Skrotum und Perineum. Die Affektion juckte, wie Pat. sich ausdrückte, „fürchterlich". Infolge Sekundärinfektion durch das Kratzen war es in den Achselhöhlen und den äußern Gehörgängen zur Bildung zahlreicher Abszesse gekommen. Auch der Penis blieb nicht verschont, seine Haut war stark gerötet, sah zigarettenpapierartig zerknittert aus, an der Urethralmündung bestand eben-



falls eine Effloreszenz. Pat. kam durch die dauernde Schlaflosigkeit (infolge Juckens) ungemein herunter.

Unter Teereinpinselungen in Kombination mit methodischen Einpackungen mit 10% Salizyl-Seifenpflaster bildete sich innerhalb 6 Wochen diese Hauterkrankung vorübergehend soweit zurück, daß Patient wieder seinen Beruf aufnehmen konnte. Eine neuerliche Verschlimmerung seines Zustandes führte ihn wieder zu dem vorerwähnten befreundeten Dermatologen, der jetzt eine Kombination von Psoriasis mit Ekzem diagnostizierte und ihm Collemplastr. Pyrogallol. 15% ordinierte, das seine Haut aber so stark reizte, daß er mit der Behandlung aussetzen mußte. Erst Salizylpflaster verschaffte ihm Linderung. Chrysarobinpflaster, die Pat. dann verwendete, bewirkten eine neuerliche Verschlimmerung des Zustandes bei rapidem Fortschreiten der Herde der Fläche nach. Das jetzt in Form der Sol. Donavani dem Körper einverleibte Arsenik wurde nicht vertragen (Leibschmerzen, blutige Stühle), ebenso das Salizylpflaster, so daß Pat. vollkommen arbeitsunfähig, von Schmerzen und Jucken geplagt, der Verzweiflung nahe war. Erst Teer verschaffte ihm wiederum in Kombination mit Salizylpflaster eine Erleichterung, indem die Schuppenmassen sich ablösten, die an den Furchen der Vola manus bestehenden Rhagaden sich schlossen und die Steifigkeit der Hände allmählich schwand. — Diese Behandlung setzte Pat. bis Ende 1901 fort, zu welcher Zeit Füße, Körper und behaarter Kopf völlig geheilt waren. Auch an den Händen war die Haut nunmehr verdickt.

Im Herbste 1902 zeigte sich jedoch der Ausschlag wiederum in ausgebreitetem Maße, in den Achselhöhlen und dann auch an den andern oben erwähnten Stellen, ferner noch über den Streckseiten der Unterschenkel, und unter Fortschreiten der Affektion von den Handflächen auf die Vorderseiten der Arme fast bis auf den Ellbogen. Pat. ist dadurch zu großen Einschränkungen in seinem Berufe gezwungen und kann sich naturgemäß nur mit interner Praxis beschäftigen.

Pat. litt in früheren Jahren öfter an vorübergehenden Gelenkschmerzen, besonders in den kleinen Fuß- und Handgelenken. Im Winter 1894, wo Pat. als Badearzt größere Fußtouren machen mußte, konnte er wegen Schmerzen im linken Kniegelenk, das äußerlich ganz unverändert war, den ganzen Winter hindurch den Fuß nicht vollständig strecken. Seit den letzten 2 Jahren verspürt er öfter Schmerzen im linken Großzehengelenke.

Stat. praes. (1898): Pat. ist mittelgroß, mäßig kräftig gebaut, gut genährt; allgemeine Hautdecken blaß, mit Ausnahme der erkrankten Stellen gut eingeölt, elastisch, im Gesicht zahlreiche Blatternarben und erweiterte Talgdrüsenmündungen. An den Organen der Brust- und Bauchhöhle kein pathol. Befund. Die Gelenke von normaler Konfiguration. Bei Bewegung der linken großen Zehe ein Knarren im Metatarsophalangealgelenke zu tasten. Haupthaar braun, dicht, der Haarboden auch an den nicht erkrankten Stellen ziemlich stark schuppend. Vor und hinter der Kranznaht findet sich ein quer-



gestelltes, etwa 15 *cm* langes und 5 *cm* breites Infiltrat, dessen vorderer Abschnitt die Stirnhaargrenze um 1 *cm* überragt und der sich um ungefähr 2 *mm* über das Niveau der umgebenden Haut erhebt. Gegen die Nachbarschaft grenzt er sich durch seine intensive hellrote Färbung scharf ab. Er ist bis auf den 5 *mm* breiten Rand mit einer zusammenhängenden Auflagerung bedeckt, welche sich nach der Ablösung als eine fettige Schuppenmasse erweist. Außerdem finden sich am behaarten Kopfe noch mehrere linsen- bis übertalergroße Herde und entsprechend dem Hinterhauptwulst ein etwa 8 *cm* langes, quergestelltes Infiltrat. Diese Partien zeigen gleichfalls weißliche oder grauweiße Auflagerungen. An einzelnen zerkratzten Stellen sind die Haare zu Büscheln verbacken, an anderen perforieren sie die Schuppen. An den ersteren näßt die tiefrote Unterlage nach Entfernung der serösen Krusten. In der Concha und Fossa intercruralis beider Ohren, sowie im äußeren Gehörgang des linken Ohres je ein kreuzergroßes, schuppendes Infiltrat.

Die Haut beider Achselhöhlen und der umliegenden Flächen der Oberarme ist beiderseits im Durchmesser von etwa 15 *cm* diffus lividrot verfärbt, verdickt, nach vorn und unten guirlandenartig gegen die gesunde Haut abgegrenzt. In der Tiefe der Achselhöhle lassen sich in der Haut selbst mehrere haselnuß- bis taubeneigroße Knoten tasten. Zwei derselben rechts sezernieren durch kleine Perforationsöffnungen. Diese Infiltrate produzieren infolge Mazeration durch den Schweiß stark gelockerte Schuppenmassen und grenzen sich an der Peripherie durch einen weißen Fransensaum ab, der sich vom Zentrum her abheben läßt. In unmittelbarer Nachbarschaft dieser großen Herde finden sich zahlreiche, linsen- bis hellergroße, tiefrote, größtenteils schuppende Infiltrate.

Auf der rechten Seite des Stammes in Nabelhöhe, entsprechend der mittleren Axillarlinie, befinden sich 3 kleine, schuppende Psoriasis ungemein ähnliche Herde, ein solcher auch an symmetrischer Stelle links. Der Penis gerötet, in toto von einer Schuppendecke überzogen. Die Haut des Skrotum infiltriert, derb anzufühlen, gerötet, bei Berührung empfindlich, mit kleinen, dicht beieinander stehenden Schuppen bedeckt. Auch in den Leistenbeugen finden sich zahlreiche runde, zum Teile mit Krusten und Borken bedeckte Herde. In den inneren Schenkeldreiecken sieht man kleine, isolierte, oder auch zu talergroßen Plaques konfluierte, verschieden geformte, meist bogenförmige Konturen zeigende Infiltrate, die gleichfalls mit spärlichen Schuppen oder Krusten bedeckt erscheinen.

Eine ausgedehnte Affektion zeigt die Haut an beiden Handtellern, insbesondere links. Sie ist daselbst tief gerötet, straff gespannt, derb, durch tiefe schmerzhafte Rhagaden entsprechend den normalen Furchen zerklüftet. Die Infiltration der Haut, die sich links ohne Unterbrechung über die ganze Palmarfläche bis zum Handgelenke einerseits und bis zu den Interdigitalfalten anderseits, rechts hingegen nur über den Daumenballen und die unmittelbar angrenzende Hautpartie erstreckt, verhindert durch ihre Spannung und Schmerzhaftigkeit fast jegliche Beugebewegung der



Finger. Neben diesen großen finden sich kleine Infiltrate an der linken Palma manus, an den Handwurzeln sowie an den Fingerspitzen, namentlich an der dorsalen Seite im Umkreise der Nägel. Letztere selbst, sowie das Nagelbett sind in die Affektion nicht einbezogen. Der Rand der Herde ist etwa um 1 *mm* über die benachbarte Haut eleviert und dunkler gefärbt. Spärliche kleine, runde Infiltrate finden sich ferner oberhalb der Kniebeugen, an der linken Planta pedis und zwischen den Zehen an beiden Füßen. Die letzteren zeigen hochgradige, durch Mazeration bedingte Veränderungen. Im Harn keine abnormen Bestandteile.

Fall IV. S. W., 43jähriger Bergmann. Aufgen. am 28. August 1897.

Die Krankheit des Pat. begann im Juli 1896 mit einer schmerzhaften Anschwellung der mittleren Zehe des rechten Fußes, dann entwickelte sich eine Anschwellung des rechten Kniegelenkes, sowie der rechten Ferse; gleichzeitig bestanden sehr heftige Kreuzschmerzen. Fieber soll nicht vorhanden gewesen sein. Diese Beschwerden bestanden in wechselnder Intensität den ganzen Winter hindurch. Im Mai 1897 breitete sich die Erkrankung der Gelenke auf die übrigen Zehen des rechten Fußes und auf die Finger aus, und begann auch eine Schwellung des linken Kniegelenkes. Seit 3 Monaten besteht auch die Hautaffektion am behaarten Kopf; von der Affektion am Skrotum und Penis weiß Patient nicht, wann sie entstand. Seit dieser Zeit haben sich auch allmählich die Deformitäten an den Zehen entwickelt. In seinem 16. Lebensjahr machte Patient einen Abdominaltyphus durch; sonst war er nie krank; speziell nie infiziert. Er hustet nicht, schwitzt bei Nacht seit Beginn seiner Erkrankung.

Status praesens: Pat. in elendem Ernährungszustand, fast bis zum Skelett abgemagert (Gewicht 41 *kg*), nimmt Rückenlage mit im Knie gebeugten untern Extremitäten ein. Seine Muskulatur im höchsten Grade atrophisch. Die Augen eingesunken, halloniert. Die Haut fahl, trocken, schlaff. Haupthaar dunkelbraun, dicht; über der Mitte der Sagittalnaht ein guldengroßer, von hohen Krusten bedeckter Herd, innerhalb dessen die Haare verklebt sind. Mehrere kleine derartige, von braungelben Schuppen und Krusten bedeckte Infiltrate lassen sich am Haarboden allenthalben nachweisen.

An den sichtbaren Schleimhäuten nichts Abnormes.

Thorax lang, schmal, seine Interkostalräume stark vertieft; am linken Sternoklavikulargelenke, und zwar am sternalen Ende der Klavikula eine druckschmerzhafte Knochenverdickung. An den übrigen Knochen des Thorax nichts Pathologisches. An den oberen Extremitäten die beiden Epicondyli interni druckschmerzhaft; Beweglichkeit der Ellbogengelenke frei. Die medialen Kondylen der Femurn und Tibien sind verdickt, spontan und auf Druck schmerzhaft. Beide Kniegelenke, welche in Mittelstellung zwischen Beugung und Streckung gehalten werden, geschwollen; die Schwellung ist hauptsächlich periartikulär, daneben geringer Erguß im Gelenk. Die aktive Beweglichkeit nur in geringen Exkursionen möglich, die passive unter starken Schmerzensäußerungen fast bis zur Streckung



durchführbar. Bei den Bewegungen deutliche Krepitation. An den Metakarpophalangealgelenken und Interphalangealgelenken beider Hände sind die Gelenkenden verdickt, auf Druck schmerzhaft. Dabei werden sämtliche Finger in den Metakarpophalangealgelenken maximal gebeugt gehalten, ohne in dieser Stellung fixiert zu sein, in den 1. Interphalangealgelenken extendiert, beziehungsweise hyperextendiert, in den 2. Interphalangealgelenken des 2. und 5. Fingers rechts, des 5. links leicht gebeugt, die Daumen in ihrem Karpometakarpalgelenk abduziert, im Metakarpophalangealgelenk gebeugt.

Die einzelnen Finger selbst erscheinen dabei stark verdickt, plump, die Hand tatzenartig. Starker Tremor der Hände.

Die Haut der einander zugewendeten Fingerseiten mazeriert, die Furchen der Vola stark vertieft, am Grunde mazeriert, zwischen den Furchen starke Infiltration der Haut, Rötung, oberflächliche Schuppung und Bildung gelber Krusten, unter welchen es zumeist zu frischer Epithelisierung gekommen ist.

An der Haut der Finger, speziell der Fingerbeeren finden sich zahlreiche, dicht beieinander stehende braunrote flache Infiltrate, welche der Fingerbeere ein grobhöckeriges Aussehen verleihen, der obersten Epithelschichten beraubt sind und nässen, oder von hohen gelben Krusten bedeckt sind. Zentralwärts grenzen sich diese Herden, welche das Endglied der Finger nicht überschreiten, durch bogenförmige Konturen ab, im Bereiche welcher die Hornschichten stark aufgelockert sind, oder sich gegen die gesunde Haut durch einen Schuppenfransensaum absetzen. Von der Fingerbeere, sowie von den stark verdickten Nagelfalzen aus schieben sich diese Infiltrate unter die Nägel und die stark verbreiterte Furche zwischen seitlichem Nagelrand und dessen Falz ist eitrig belegt.

Die Nägel selbst sind umgewandelt in eine schmutziggelbbraune bröckelige oder kreidige, vollständig undurchsichtige Masse, die sich turmartig, manchmal bis 1 *cm* über das Niveau erhebt, in ihrem Zusammenhang mit dem Nagelbett und -falz stark gelockert erscheint, aber doch noch mit demselben sich in festem Zusammenhange befindet. Beim Versuche, die obersten Schichten der Nägel abzukratzen, gelingt dies ziemlich schwer, und nach Ablösung dieser obersten Schichten wird eine mäßige Blutung provoziert, welche darauf hinweist, daß die dem Nagelbett aufliegenden Massen nicht nur aus Nagelsubstanz, durchsetzt und vermengt mit Exsudat gebildet werden, sondern daß auch Papillarwucherung dabei eine Rolle spielt.

Die übrige Haut der Finger zeigt ebenso, wie die den Fingern benachbarten Teile des Handrückens starke Rötung, Infiltration, oberflächliche Schuppung, neben zahlreichen „pusteläbnlichen Effloreszenzen", von denen die älteren, in der Mitte gedellt, daselbst Beginn von Krustenbildung erkennen lassen. Dabei zeigt sich, daß die frischen Pusteln nicht einer Abhebung der obersten Hornschichten durch ein zellreiches Exsudat ihre Entstehung verdanken, sondern daß es neben einer stärkeren Exsudation zwischen



den gelockerten Hornschichten auch zu einer stärkeren Bildung und Ansammlung der letzteren gekommen ist. Es entleert sich daher nach Anstechen dieser scheinbaren Pusteln auch gar kein Eiter, sondern es läßt sich vielmehr die ganze Auflagerung in toto in Form einer zusammenhängenden zerreiblichen Masse von ihrer Unterlage abstreifen, worauf dann ein oberflächlich leicht nässendes, braunrotes Infiltrat zutage tritt.

Infolge dieser gegenüber der leukozytären Infiltration überwiegenden stärkeren Hornbildung trocknen auch die frischen Pusteln ungemein rasch zu gelben Krusten ein. welche infolge der immer wieder nachschiebenden Exsudation und Keratose sich hie und da zu Rupia ähnlichen Gebilden vergrößern.

An der Haut der Füße finden sich Veränderungen (speziell an den Zehen), die vollständig analog sind den an den Händen und Fingern beobachteten. Ebenso sind auch die Nägel in derselben Weise verändert. An der Planta, über den Metatarsophalangealgelenken I. und V., ferner unregelmäßig verstreut über den Plantae, deren Haut überhaupt stark verdickt und rissig erscheint, ferner unter dem Malleolus internus rechts finden sich umschriebene derbe, von geschichteten hornigen, klavusähnlichen Massen bedeckte braunrote Infiltrate. Am Fußrücken und handbreit über die Fußgelenke auf die Unterschenkel hinaufreichend bestehen dieselben pathologischen Veränderungen wie an den Handrücken. Am Knochensystem der Füße und deren kleinen Gelenken keine pathologischen Veränderungen bis auf hochgradigen rechtseitigen Halux valgus.

Sonst finden sich an der Haut des Körpers über dem Kreuzbein orbikulär gebaute Effloreszenzen von ungefähr Guldengröße, die sich darstellen als niedrige, von schmutziggelben Krusten bedeckte Infiltrationsringe, die normale Haut umschließen. An der Haut des Penis und am Skrotum finden sich ebensolche Herde in serpiginöser Anordnung.

Die inneren Organe sind normal, I. Herzton dumpf. Im Harn keine abnormen Bestandteile.

Die Hautaffektion erwies sich nun der Therapie gegenüber insofern beeinflußbar, als unter erweichenden Salben (Lithargyronsalbe, Naftalan) und reduzierenden Pflastern (5% Salizylseifenpflaster) die Krusten sich ablösten, die Infiltrate abflachten und zeitweilig die Haut bis auf livide Verfärbung und geringe Infiltration an den ursprünglich ergriffenen Partien sich zur Norm zurückbildete. Dagegen konnten wir nicht das Auftreten von Rezidiven der Hauterkrankung in loco, sowie am übrigen Körper, und zwar fast ausschließlich über der Streckseite der unteren Extremitäten verhüten. Diese Rezidiven fielen, abgesehen von kleinen regellos auftretenden Eruptionen, immer zusammen mit Fieber bis 39° und einer Exazerbation der Gelenksaffektion in den chronisch erkrankten Gelenken, oder mit dem Weiterschreiten der Erkrankung auf bisher gesunde Gelenke (Wirbelsäule, Kiefergelenk).



So finde ich, um aus der Zahl der Exazerbationen einige charakteristische herauszuheben, im Dekursus folgendes notiert:

10./III. 1898. Anfallsweise auftretende, ungemein heftige Schmerzen in den Kniegelenken und Zehen; an den Füßen und über den Streckseiten der Knie sind eine Unzahl von frischen braunroten Knötchen, die an ihrer Spitze eine kleine Kruste tragen, und kleine pustelähnliche Effloreszenzen aufgetreten.

1./IV. 1898. Nachdem in der letzten Woche die Schmerzen in den Kniegelenken etwas nachgelassen, ist in den letzten Tagen große Schmerzhaftigkeit mit konsekutiver Unmöglichkeit zu bewegen aufgetreten. Gleichzeitig Nachschub von massenhaften Effloreszenzen über den Kniegelenken, den Streckseiten der Unterschenkel, den Fußrücken. Im Bereiche der früheren großen Herde, von denen noch dunkle Pigmentflecke zurückgeblieben sind, ist es besonders an der Peripherie zu einem Nachschub gekommen, indem dort zahlreiche frische Knötchen und Pusteln aufgetreten sind. Sonst sind allenthalben über den Streckseiten frische Herde entstanden, die sich darstellen als kleine flache linsengroße Knötchen, die an ihrer Oberfläche ein kleines, leicht ablösbares, serös imbibiertes Schüppchen tragen, und entweder isoliert oder in kleinen Gruppen stehen, oder sich zu größeren Herden vereinigt haben. Diese größeren Herde sind dann bedeckt von hohen, schmutziggelbbraunen Krusten und zeigen hie und da Tendenz zu zentraler Abheilung und peripherem Weiterschreiten.

Im Laufe der Zeit erreichten diese orbikulären Herde sehr bedeutende Größe, indem sie sich symmetrisch vom obern Drittel des Unterschenkels bis gegen das obere Drittel des Oberschenkels hin erstrecken, die Seitenflächen des Oberschenkels ergreifen und nur ein schmaler Streifen gesunder Haut an den Beugen frei bleibt.

Die Nägel an den Zehen waren inzwischen zu hohen turmartigen geschichteten schmutziggelbbraunen harten Massen angewachsen, die sich um die Zehenenden herum direkt fortsetzten in Hornverdickungen, die die Zehenbeeren allenthalben bedeckten.

Ebensowenig wie wir nun die Rezidive der Hautaffektion zu verhüten in der Lage waren, konnten wir die Gelenkserkrankung selbst durch unsere Therapie wesentlich beeinflussen. Natrium salicylicum, Soolbäder, heiße Einpackungen der Gelenke, konstante Wärmeapplikation auf die Gelenke konnten entweder gar keine oder nur vorübergehende Besserung erzielen, und wir mußten bei den Exazerbationen immer wieder zu Narcoticis greifen, um die Qualen des Pat., wenn auch nur während der stärksten Schmerzanfälle, zu lindern.

So kam es, daß Patient während dieser Verschlimmerungen immer unter hohen Morphiumdosen gehalten werden mußte, 0·1 pro die, die aber auch nicht imstande waren, ihn in den späteren Stadien der Erkrankung vollkommen schmerzfrei zu machen.

Während, wie schon erwähnt, die Rezidiven an der Haut sich fast ausschließlich an den unteren Extremitäten lokalisierten, konnten wir ein



ganz regelloses Auftreten und Verschwinden von nachweisbaren Gelenksschwellungen oder heftigen Gelenks- bzw. Knochenschmerzen (sowohl spontan, wie auf Druck) an den verschiedensten Stellen des Skelettes beobachten. Bald waren es die Kiefergelenke, deren Bewegung so schmerzhaft wurde, daß Pat. fast keine Nahrung zu sich nehmen konnte, bald waren es die Articulationes sternoclaviculares, welche ungemein schmerzhaft anschwollen, bald wiederum klagte Pat. über rasende Schmerzen in der Wirbelsäule, die ihm nicht gestatteten auf dem Rücken zu liegen, bald wiederum erschwerten ihm Schmerzen in den Rippen das Atmen. Dabei entwickelte sich auch noch eine verhältnismäßig rasch abklingende Schwellung über dem Kreuzbein, die ihm ebenfalls das Liegen erschwerte.

Im Mai 1899 traten ganz plötzlich blasse Ödeme im Gesicht auf. Die Untersuchung des Harnes ergab $^1/_2$‰ Eiweiß, im Sediment Leukozyten und hyaline Zylinder, dabei fiel das starke Pulsieren der Arterien auf und Pat. klagte außerdem über Atembeschwerden. Die Untersuchung ergab Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, an der Herzspitze erster dumpfer Ton, der über der Aorta besonders deutlich ist, bronchitische Geräusche über beiden Lungen. Ungefähr 1 Monat später entwickelte sich Aszites und Ödem der Füße. Die tägliche Harnmenge war bedeutend zurückgegangen, sie schwankte zwischen 400 und 600 cm^3. Der stark konzentrierte Harn enthielt konstant $^1/_2$‰ Eiweiß. In den nächsten Tagen nahm dann unter Abnahme der Harnmenge der Aszites zu. Anfang Juli 1899 hatte das Ödem des Gesichtes weiter zugenommen, Eiweißgehalt 1‰.

Ende Juli rapider Kräfteverfall, Nahrungsaufnahme minimal, Erbrechen, Durchfall, leichter Ikterus.

Am 2. August hatte der Ikterus zugenommen, es stellten sich Delirien ein, der Kranke verfiel sichtlich, Temp. 34·2.

Am 3. August wurde der Pat. endlich von seinen Leiden erlöst.

Von den Händen des Patienten wurde auch ein **Röntgenbild** aufgenommen. Dasselbe ergab als auffälliges Symptom eigentümliche helle Lücken im Knochenschatten, hauptsächlich an den Seiten der distalen Metakarpusepiphysen. So sieht man an der linken Hand einen etwas verschwommenen, unscharf begrenzten Herd, der augenscheinlich aus mehreren Erweichungsherden von unregelmäßiger Form entstanden ist, im Metakarpus III, 2 weitere, scharf begrenzte, deutlich von einander getrennte im Metakarpus IV; kleinere, ungefähr stecknadelkopfgroße finden sich in den distalen Enden der Grundphalangen III und IV. Die Erweichungsherde liegen mitten in der Knochensubstanz und sind immer deutlich von einer Schichte intakten Knochens umgeben. Besonders die von diesen Herden durchsetzten Kapitula der Metakarpi sind verschmälert und machen den Eindruck einer gewissen Atrophie. An der linken Hand besteht ferner an den Gelenksenden der Interphalangealgelenke III und IV, weniger deutlich an den übrigen und den Metakarcophalangealgelenken Knorpelschwund, der sich durch Verschmälerung bzw. vollkommene Aufhebung der Gelenksspalten äußert. An der rechten Hand sieht man die-





selben Veränderungen in geringerem Grade als links und als auffälligstes Symptom in Anbetracht des Alters des Patienten (43 Jahre) sehr deutlich ausgesprochene Epiphysenfugen und zwar an sämtlichen proximalen Gelenksenden der Grund- und Mittelphalangen. Ebenso auffallend sind die sehr breiten Epiphysenfugen an den distalen Enden der Vorderarmknochen links.

Bemerkenswert ist der Widerspruch zwischen dem im Status praesens geschilderten klinischen Befunde an den Händen und den durch das Röntgenbild aufgedeckten Veränderungen. Während der erstere die Fingergelenke und Metakarpophalangealgelenke als verdickt erkennen ließ, zeigte das letztere, speziell an den Metakarpis, die Erscheinungen deutlicher Atrophie. Dieser Widerspruch klärt sich dadurch auf, daß eben der Entzündungsprozeß sich hauptsächlich in der Gelenkskapsel und deren Nachbarschaft abspielt. An den großen Gelenken, z. B. den Knien, ließ sich dies auch durch die klinische Untersuchung feststellen.

Den eigenartigen Befund der Epiphysenfugen will ich hier einfach registrieren. Ihn zu beurteilen bin ich als Nichtfachmann umsoweniger in der Lage, nachdem ich nichts über seine Bewertung in den einschlägigen, mir zur Verfügung stehenden Atlanten und Lehrbüchern gefunden habe.

Zu Zwecken der mikroskopischen Untersuchung wurden dem Patienten in vivo zwei kleinere Hautstückchen mit charakteristischen Veränderungen exzidiert.

(Schluß folgt.)

Aus der Kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Neisser.)

Über das Erythema induratum Bazin und seinen Zusammenhang mit Tuberkulose.[1]

Von

Erich Kuznitzky,
Assistent an der Klinik.

Nachstehend berichte ich über zwei typische Fälle von Erythema induratum Bazin; typisch insofern, als die Hautaffektion das einzige klinisch nachweisbare Leiden war und die Lokalisation desselben sich ausschließlich auf die Unterschenkel beschränkte.

Der zweite Fall bietet allerdings dadurch etwas außergewöhnliches, daß bei ihm der Krankheitsprozeß nur an einem der Unterschenkel aufgetreten ist und daß an ihm eine Reihe von Befunden erhoben werden konnte, welche eindeutig für den — immerhin noch strittigen — Zusammenhang des E. i. B. mit Tuberkulose spricht.

Ferner betrafen beide Fälle Frauen, was einer beim Erythema induratum häufig gemachten Erfahrung entspricht.

Die Krankengeschichten sind kurz folgende:

I. Fall. R. P., Pflegerin, 35 J. Pat., deren Familienanamnese ohne Belang ist und die bisher stets gesund war, bekam vor 2 Jahren, im Oktober 1907, Schmerzen und Anschwellung in den Gelenken beider Knöchel. Auf äußerliche und innerliche antirheumatische Behandlung hin schwanden die Schmerzen; es bildeten sich jedoch, angeblich im Anschluß an die Gelenkaffektion, kleine, nicht auffallend gefärbte Knoten an beiden Unterschenkeln, welche schmerzten und sich vergrößerten. Im Wachsen veränderte sich die Farbe, sie wurden hellrot, die Haut darüber spiegelnd. Pat. gibt an, daß die befallenen Stellen im Winter größere Beschwerden machten als im Sommer. Seit einem halben Jahre haben sich die Herde etwas verkleinert, sind aber an einer Stelle, zuerst am linken, später am rechten Bein, geschwürig aufgebrochen.

[1]) Nach einer Demonstration in der Breslauer dermatologischen Vereinigung am 8. Januar 1910.



Die inneren Organe der Pat. sind ohne pathologischen Befund, insbesondere sind nirgends Zeichen einer tuberkulösen Erkrankung der Pat. nachzuweisen.

Die Hautaffektion ist doppelseitig: am linken Unterschenkel auf der Innenseite, am rechten Unterschenkel auf der Außenseite desselben gelegen. Es findet sich hier jederseits ein etwa walnußgroßer Knoten, über dem die Haut braunrot verfärbt, glatt, spiegelnd, z. T. oberflächlich narbig verändert ist. In der Umgebung des Knotens der linken Seite, welcher von jener eigentümlich derb-teigigen Beschaffenheit ist, die das E. i. B. charakterisiert, entdeckt man beim Abtasten noch einige, etwa kirschgroße Infiltrationen von ähnlicher Konsistenz. Die Haut über ihnen ist z. T. rot verfärbt, z. T. unverändert. Sie bilden gleichsam strangförmige Ausläufer des zentralen Knotens, mit welchem palpatorisch ein deutlicher Zusammenhang — nicht bei allen — nachweisbar ist, insbesondere ist bei einem derselben, der in der Gegend der Vena saphena magna liegt, die unmittelbare Nachbarschaft mit einem strangartigen Gebilde ganz evident. Rechterseits ist der Befund fast der nämliche wie links; nur fehlen hier die Infiltrate in der Umgebung des zentralen Herdes. Am oberen Rande befindet sich jedoch ein ca. kirschkerngroßes Ulkus, welches ziemlich in die Tiefe geht und scharfe, glattte — wie gestanzte — nicht infiltrierte Ränder aufweist. Dieses Ulkus macht — bis auf die fehlenden Randinfiltrationen — völlig den Eindruck eines zerfallenen Gummis, überhaupt sieht die ganze Affektion einem tertiären Syphilid außerordentlich ähnlich. Weder Anamnese noch körperliche Untersuchung der Pat. ergeben jedoch irgend welchen Anhaltspunkt für Lues — sie ist virgo intacta — auch die Nachforschung nach einem etwaigen extragenitalen Primäraffekt etc. bleibt ergebnislos.

Die sofort angestellte und später wiederholte Seroreaktion war nach der Wassermannschen und Sternschen Methode beide male negativ. Übrigens heilte das Ulkus am rechten Unterschenkel ohne örtliche und allgemeine Behandlung, allein infolge der Bettruhe binnen weniger Tage zu.

Die Pat. erhielt 3 Injektionen von Alttuberkulin und zwar $^1/_5$ $^1/_2$ und 2 *mg* am 1., 2. und 4. Beobachtungstage, wir vermochten aber in keinem Falle eine lokale, bei 2 *mg* nur eine ganz mäßige Allgemeinreaktion (38·6°) festzustellen.

Um nichts zu verabsäumen, wurde der Pat. — nachdem sich das Ulkus, wie ich oben erwähnte, schon vorher spontan geschlossen hatte — eine energische Jodkalikur empfohlen, welche sie einen Monat lang durchgeführt hat. Pat. stellte sich nach 2 Monaten wieder vor, ein Einfluß des Jodkali auf den Krankheitsprozeß konnte dabei nicht konstatiert werden. Eine Probeexzision konnte leider nicht vorgenommen werden, da Pat. die Erlaubnis dazu verweigerte.



II. Fall. C. K., Kinderfräulein, 27 J. Pat., in deren Familie Lungenkrankheiten vorgekommen sind, war bis ca. 5 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik angeblich stets gesund. Zu dieser Zeit bemerkte Pat. an der Wade des l. Beines ein kleines, rötlich gefärbtes Fleckchen, etwa wie ein Mückenstich, welches nicht schmerzte, sondern nur ein wenig juckte. Beschwerden hatte Pat. davon nicht. Da sich die Stelle aber vergrößerte und sich auch verhärtete, suchte Pat. die Klinik auf.

An den inneren Organen ist keinerlei pathologischer Befund zu erheben, insbesondere ist eine tuberkulöse Erkrankung der Pat. auszuschließen. Die Haut des linken Unterschenkels, etwa handbreit über dem äußeren Knöchel, ist eingezogen, derart, daß in der Profillinie des Unterschenkels eine deutliche Delle ausgesprochen ist. Die Haut an der Peripherie des Herdes ist blaßrot verfärbt, mit einem Stich ins Bläuliche, zentral dagegen in der Farbe etwas ins Gelbliche hinüberspielend. Dabei ist sie mit der Unterlage fest verlötet und nicht verschieblich. Das Infiltrat, an welches die Haut fest fixiert ist, hatte aber wieder jene derb-teigige Konsistenz, welche uns von dem ersten Fall her bekannt war und bot sich diesmal als eine kleine handtellergroße Platte von zirkumskripter Begrenzung dar, deren Ränder ganz leicht eleviert waren. Einer dieser Ränder schuppte leicht. Eine Exulzeration war nirgends vorhanden. Die Seroreaktion war nach Wassermann und Stern negativ.

Eine Injektion von 1 *mg* Alttuberkulin ergab weder eine lokale noch eine Allgemeinreaktion. Als wir aber die Dosis von 1 *mg* auf 3 *mg* erhöhten, konnten wir anderen Tages eine deutlich ausgesprochene Lokalreaktion konstatieren.

Nach Abklingen derselben wurde eine Probeexzision vorgenommen. Der histologische Befund entsprach völlig dem bisher in solchen Fällen erhobenen: Das subkutane Fettgewebe, welches von „bandes scléreuses“ durchzogen war, war in diffuser Weise außerordentlich dicht entzündlich infiltriert und bot auf große Strecken hin die Bilder der Wucheratrophie mit den bekannten, ihr eigentümlichen Riesenzellen. Die Infiltration bestand hauptsächlich aus einer Mischung von lymphozytären, epitheloiden und bindegewebigen Elementen.

Ab und zu fanden sich auch kleinere Anhäufungen von polynukleären Leukozyten, doch waren die uninukleären Formen — unter ihnen vereinzelte Plasma- und Mastzellen — weitaus in der Überzahl. An den Gefäßen waren zumeist keine oder nur geringfügige Veränderungen nachweisbar. Dagegen möchte ich hervorheben, daß sich neben der einfachen, gewöhnlichen Entzündung die charakteristischen Bilder der Tuberkulose und zwar der nicht verkäsenden, fest-



stellen ließen. Man konnte hin und wieder sehen, daß das Infiltrat stellenweise in ganz charakteristischer Weise sich kugelig oder eiförmig abgerundet hatte und daß hier neben zahlreichen epitheloiden auch Riesenzellen von Langhansschem Typus gefunden werden konnten. Dieses ganze Bild konnte nur als reguläre Tuberkel gedeutet werden, wenn auch die bekannte zentrale Nekrose an ihnen in allen durchmusterten Schnitten fehlte.

Besondere Beachtung verdient die Tatsache, daß es mir gelungen ist allerdings nur in einem von 15 Schnitten, welche ich auf Tuberkelbazillen untersuchte, stäbchenförmige Gebilde zu konstatieren, welche morphologisch und färberisch von Tuberkelbazillen nicht zu unterscheiden waren.

Es ist bekannt, daß bisher nur äußerst selten im Schnittpräparat Tuberkelbazillen beim E. i. B. gefunden worden sind. Finger erwähnt in seiner Zusammenstellung zur Ätiologie und Klinik der Tuberkuloide Carle und Schidachi als die beiden einzigen Autoren, welche über positiven Tuberkelbazillennachweis im E. i. B. berichten. Aber beide Beobachtungen sind nicht ganz einwandsfrei. Carle, dessen Name im Literaturverzeichnis am Schluß der Fingerschen Arbeit übrigens fehlt, hat die Tuberkelbazillen nicht im Schnittpräparat, sondern nur in subkutanen Abszessen und Lebertuberkeln dreier Meerschweinchen, welche mit Stückchen von E. i. B. geimpft waren, nachgewiesen. Außerdem war sein Fall — Frau mit Lupus der einen, E. i. B. der anderen Wange — gänzlich atypisch.

Auch Schidachi hält seinen Fall mit positivem Tuberkelbazillenbefund, welchen er an Erythemstückchen vom Oberarm einer Frau mit Lupus des Gesichtes erheben konnte, nicht für typisch genug, so daß er nicht umhin kann zu schreiben: „Bazillen sind bei wirklich typischem E. induratum mikroskopisch noch nicht nachgewiesen.“ Er sagt weiter: „Die bekannten Fälle von Philippson, Mac Leod und Ormsby sind atypisch gewesen, könnten aber zur Not noch hinzugezählt werden.“

Aber auch nur zur Not: denn von anderer Seite z. B. von Finger werden diese beiden Fälle nicht dem typischen E. i. B., sondern der Gruppe der papulo-nekrotischen Tuber-

kulide zugerechnet. Doch selbst wenn man diese Fälle mit einschließt, wäre es im ganzen erst 3 mal gelungen, beim E. i. B. den Nachweis von Tuberkelbazillen im Schnittpräparat zu erbringen.

Der Grund hierfür könnte einerseits an der Spärlichkeit der Tuberkelbazillen im Herde an und für sich liegen, andererseits aber auch daran, daß der Tuberkelbazillus, wie durch die Untersuchungen Muchs erwiesen ist, manchmal seine Säurefestigkeit einbüßen kann und sich dann der Darstellung durch die gebräuchliche Karbolfuchsin-Säurealkoholmethode (nach Ziehl) entzieht. Gelang es doch auch Philippson in seinem Falle die Tuberkelbazillen nur durch äußerst langdauernde Färbung mit Karbolfuchsin und ganz schwache Entfärbung sichtbar zu machen. An Stelle des üblichen Ziehlschen Verfahrens hat nun bekanntlich Much[1]) ein neues — eine modifizierte Grammethode — gesetzt, welches dort, wo die Karbolfuchsinfärbung versagt, noch reiche Ausbeute liefert. Diese Tatsache veranlaßte mich, die Muchsche Methode auch für den Tuberkelbazillennachweis im E. i. B. anzuwenden und so unterwarf ich denn 15 Schnitte einer jüngst von Weiß angegebenen kombinierten Gram-Karbolfuchsinfärbung.

Das Ergebnis war, wie schon oben erwähnt, daß sich in einem der Präparate grampositive Stäbchen fanden, welche zumeist im Infiltrat nnd zwar auch intrazellulär, situiert waren. Der Beweis für die Identität dieser von mir gefundenen Stäbchen mit Tuberkelbazillen konnte jedoch nur durch die mikroskopische Ähnlichkeit, welche freilich in sehr ausgesprochenem Maße vorhanden war, erbracht werden; ein Tierversuch oder das Kulturverfahren ließen sich leider infolge Mangels an Material nicht anstellen.

[1]) Ich möchte nicht unterlassen an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß die sogenannten Muchschen Granula auch schon von Lutz, Unna und Neisser gelegentlich ihrer Studien über die Rosaniline und Pararosaniline in den Jahren 1886—1889, in Lepra- und Tuberkelbazillen färberisch dargestellt worden sind. Während jedoch Unna-Lutz diese Gebilde für Kokken „Coccothrix leprae") hielten, wurden sie von Neisser als Bestandteile von Bazillen mit Körnerstruktur, die gern in älteren Kulturen aufzutreten pflegt, gedeutet. Freilich ist damals die hohe diagnostische Verwertbarkeit auch der isolierten Granula von keinem der Autoren betont werden.

Aber auch wenn dies möglich gewesen wäre, hätte nur der positive Versuch beweisende Kraft gehabt, da es sich ja möglicherweise um abgestorbene Bakterien handelte.

Schließlich wäre noch der günstige Einfluß zu erwähnen, welchen unsere Therapie auf das Abheilen des Krankheitsherdes gehabt hat. Die Patientin, die seit zwei Monaten in unserer Behandlung steht, hat während dieser Zeit 6 Injektionen von Alttuberkulin in steigender Dosis (von 3—6 *mg*) erhalten. Im Laufe dieser zwei Monate ist die Affektion, welche sich sonst allen therapeutischen Beeinflussungen gegenüber renitent zu erweisen pflegt, in ganz auffälliger Weise zurückgegangen: die Farbe ist abgeblaßt und das Infiltrat hat sich bedeutend verringert und ist weicher geworden. Auf diese günstige Wirkung des Tuberkulins bei dem E. i. B. hat vor nicht langer Zeit erst Thibierge et Gastinel hingewiesen, eine Tatsache, welche wir hiermit nur bestätigen können.

Alle diese Beobachtungen, welche an dem zweiten, von mir berichteten Falle gesammelt werden konnten, bilden eine neue Stütze für die Annahme eines direkten Zusammenhanges des E. i. B. mit der Tuberkulose.

Wir fanden bei einem seit kurzer Zeit bestehenden, nicht exulzerierten, typischen Erythema induratum Bazin, dessen klinische Diagnose durch den mikroskopischen Befund gesichert wurde (histologisch stellenweise das Bild einer nicht verkäsenden Tuberkulose), erstens eine deutliche Reaktion des Herdes auf 3 *mg* Alttuberkulin, ferner grampositive, intrazellulär gelegene Stäbchen, die morphologisch dem Tuberkelbazillus gleichen und schließlich eine nicht zu verkennende, günstige Einwirkung der Tuberkulintherapie auf die Abheilung des Prozesses.

Herrn Geheimrat Neisser spreche ich für das freundliche Interesse, welches er dieser Arbeit entgegengebracht hat, insbesondere für die Nachprüfung meiner mikroskopischen Präparate, meinen wärmsten Dank aus.

Literatur.

Carle. Referat in d. Monatsh. f. pr. Dermatol. 1901.
Finger. Medizinische Klinik 1909, Nr. 35.
Mac Leod u. Ormsby. British. Journal of Dermat. 1901.
Much. Berliner kl. Wochenschr. 1908, p. 691.
Philippson. Archiv f. Derm. u. Syphilis, Bd. LV.
Schidachi. Archiv f. Derm. u. Syphilis, Bd. XC.
Thibierge et Gastinel. Annales de Dermatol. et de Syphil. 1909, H. 5.
Weiss. Berliner kl. Wochenschrift, 1909, Nr. 40.



Aus der dermatologischen Klinik (Prof. Dr. Łukasiewicz)
und aus dem hygienischen Institute (Prof. Dr. Kučera)
der Universität in Lemberg.

Über die Wassermannsche Reaktion bei Lupus erythematosus acutus.

Von

Dr. **Leon Feuerstein** (Lemberg—Bad Hall).

4 Jahre sind seit der Entdeckung der Wassermannschen Reaktion vergangen, 4 Jahre fleißiger Arbeit, die nicht nur von Dilettanten auf dem Gebiete der Serologie, sondern auch von vielen wohl zur Klärung der Frage berufenen Kräften in Angriff genommen wurde.

Das Ergebnis dieser Arbeit in wissenschaftlicher Beziehung ist trotzdem ein ziemlich beschränktes. Das Wesen der Reaktion bleibt noch immer in ein tiefes Dunkel verhüllt, wir kennen weder die Substanzen, die im syphilitischen Serum die Reaktion bedingen, noch die biologischen Prozesse, welche das Entstehen dieser Substanzen verursachen.

Aber trotz allen Mißtrauens, das unter diesen Umständen bei der praktischen Verwertung einer in ihrem Wesen unaufgeklärten Probe wohl am Platze ist, eins darf aus dem umfangreichen, bis jetzt publizierten Materiale, festgestellt werden: die Wassermannsche Reaktion ist für die Syphilis, vom klinischen Standpunkte aus, spezifisch. Sie zeigt uns die einmal durchgemachte luetische Infektion mit einer für die biologischen Methoden seltenen Exaktheit an und die wenigen einwandfreien positiven Befunde, welche unter den vielen tausenden Untersuchungen bei nicht syphilitischen Erkrankungen konstatiert wurden, können den praktischen Wert der Probe kaum wesentlich beeinträchtigen. Teils handelt es sich dabei



glücklicherweise um Krankheiten, die in unserer Gegend nicht vorkommen, teils um vorübergehende Befunde, wie bei Scharlach und vielleicht auch bei Malaria. Nichtsdestoweniger sind alle diese Ausnahmen sowohl vom praktischen, als auch vom wissenschaftlichen Standpunkte recht beachtenswert und deshalb wollen wir über eine solche Ausnahme berichten.

Wir verfügen bis jetzt über ca. 1700 Untersuchungen, die an einem sehr verschiedenartigen Materiale in dem Lemberger hygienischen Universitätsinstitut ausgeführt wurden und deren Resultate teilweise bereits andernorts publiziert worden sind.[1]) Unter 304 nicht luetischen Fällen waren zunächst 67 Scharlachfälle, von denen nur einer vorübergehend (am 16. Tage der Erkrankung) positiv reagierte.

Von den übrigen 237 Kontrollfällen ergaben nur je ein Fall von Ulcus cruris und von inoperablen Gesichtskarzinom eine sehr ausgesprochene (wenn auch nicht komplette) Hemmung der Hämolyse; in beiden Fällen handelte es sich um ambulante Patienten, bei denen eine vorausgegangene luetische Infektion nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. In einigen „Kontrollfällen“ fand die vollkommene Hemmung der Hämolyse Erklärung in der späterhin von den Patienten zugestandenen luetischen Vergangenheit.

Unter anderen untersuchten wir 6 Fälle von chronischem lokalisierten Lupus erythematosus des Gesichtes. 5 Fälle reagierten negativ, in einem (aus der dermatologischen Klinik) erhielten wir vollkommene Hemmung der Hämolyse: erst als dies der Patientin mitgeteilt wurde, gab sie zu, vor 20 Jahren eine luetische Infektion und eine Quecksilberkur durchgemacht zu haben.

Anders verhielt es sich aber mit dem zu besprechenden Falle von Lupus erythematosus acutus, der die zuerst von Reinhart,[2]) dann von Hauck[3]) ausgesprochene Vermutung, daß auch diese Krankheit vielleicht zu den positiven Ausnahmefällen zugerechnet werden muß, zu bestätigen scheint.

---

[1]) Verhandlungen des 1. polnischen Internistenkongresses. Przeglad lekarski, 1909, Nr. 32.

[2]) Münchener Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 41.

[3]) Ibidem 1910, Nr. 1.

Reinhart beobachtete ein 21jähriges Mädchen, das an akutem Lupus erythematosus litt, keine Zeichen von Lues weder anamnestisch, noch klinisch darbot und bei zweimaliger Untersuchung einen stark positiven Ausschlag der Wassermannschen Reaktion gab. Der Fall endete nach dreimonatlichem Bestehen der Krankheit mit Exitus und die Blutentnahme an der Leiche ergab wieder positive Reaktion. Nähere Angaben über den Verlauf der Krankheit werden von Reinhart nicht mitgeteilt.

Die 38jährige Patientin Haucks wurde von ihm 5 Monate lang beobachtet. Während der ersten 3 Monate war der Allgemeinzustand ein so schlechter, daß die Prognose als infaust angesehen werden mußte, dann besserte sich der Zustand allmählich und Patientin konnte nach glücklichem Überstehen des akuten Prozesses aus der Klinik entlassen werden. Die Wassermannsche Reaktion ergab sowohl im ersten, als auch im zweiten Monate der Beobachtung eine vollkommene Hemmung der Hämolyse, demgegenüber war der Ausfall am Tage der Entlassung vollkommen negativ.

Der von uns beobachtete Fall betrifft eine 35jährige Frau, die vom 18./X. 1909 auf der dermatologischen Klinik (Prof. Łukasiewicz) an akutem Lupus erythematosus disseminatus laborierte, dem sie auch am 21. März 1910 erlag.

Dem Krankheitsprotokolle (geführt vom Assistenten Dr. Mahl) entnehmen wir folgendes:

M. F., eine arme Arbeitersgattin, ist seit 5 Jahren zum zweiten Male verheiratet; der erste Mann starb plötzlich nach 5monatlicher Ehe, aus der ein gesundes Kind stammt. Vor 2 Jahren ein Abortus. Klinisch keine Zeichen von Lues. Das jetzige Leiden dauert angeblich seit vier Monaten und soll mit roten Flecken und Knötchen an der behaarten Kopfhaut, an der Nase, dann am Stamm und Extremitäten angefangen haben. Die Haut des Stammes und der Extremitäten erscheint bei der Aufnahme von einem dichten, fast universellen Exanthem eingenommen, dessen einzelne Effloreszenzen teils mit feinen Schüppchen bedeckt sind, nach deren Abhebung eine rosarote Hautfläche zum Vorschein kommt, teils aus typischen Primäreffloreszenzen des Lupus erythematosus mit delliger zentraler Vertiefung. Im Gesicht und an den Ohren sieht man symmetrisch verteilte Hautatrophien und Pigmentationen. Die Schleimhaut des harten Gaumens erscheint von einer erodierten Lupusplaque betroffen; auch das Zahnfleisch über den zwei vorderen Inzisivi ist von analogen Effloreszenzen befallen, die auf die vordere Fläche der Zähne übergreifen und daselbst eine oberflächliche Karies verursachen. Patientin fühlt sich sehr schwach, wiegt 37 *kg*, Abendtemperatur 38·2. Im Harne Albumen.

Unter indifferenten Salbenverbänden und Chinindarreichung besserte sich anfangs das Allgemeinbefinden, das Fieber ließ nach, die Hautver-



änderungen bildeten sich allmählich zurück mit Zurücklassen zahlreicher kleinerer und größerer Hautatrophien und Pigmentationen und unter fortwährender Abschilferung des Epithels. Von Zeit zu Zeit aber traten Exazerbationen auf, besonders an den Händen und Füßen, mit Bildung oberflächlicher, teilweise hämorrhagischer, teils eitriger Bläschen. Seit Januar 1910 verschlimmerte sich der Zustand wesentlich, die konstant fiebernde Patientin wurde immer magerer (34 *kg*), fühlte sich immer schwächer und konnte nur unter reichlicher Zufuhr von Kardiazis am Leben erhalten werden. Gegen Ende Januar besserte sich der Zustand wieder vorübergehend und diese Besserung dauerte bis Ende Februar; seit dieser Zeit verschlimmerte sich das Allgemeinbefinden von Tag zu Tag und am 21./III. 1910 trat der Exitus ein. Die Sektionsdiagnose (Dozent Dr. Nowicki) lautete: „Lupus erythematosus acutus, Atrophia cordis, Myocarditis chronica, Endocarditis verrucosa recens valvulae mitralis, Degeneratio myocardii adiposa, Tumor acutus et Infarctus anaemici lienis, Nephritis embolica (mycotica) abscedens, Infiltratio hepatis adiposa. Pericholecystitis chronica adhaesiva. Oedema pulmonum. Pleuritis chronica adhaesiva ambilateralis. Gastritis chronica. Cachexia et anaemia universalis."

Die Wassermannsche Reaktion wurde von uns bei der Kranken 4 mal vorgenommen, und zwar:

	Datum	Allgemeinbefinden	Resultat
1.	9./I. 1910	sehr schlecht, Pat. kraftlos, Puls schwach, Temp. 38·8	+ (fast vollkommene Hemmung)
2.	20./I. "	wesentlich besser, Temp. normal	+ (geringgradige — Hemmung)
3.	11./II. "	verhältnismäßig gut, Temp. 37·5, Appetit gut	— (vollkommene Lösung)
4.	21./III. "	Exitus, das Blut wurde 5 Stunden nach dem Tode steril aus dem Herzen gewonnen	++ (vollkommene Hemmung

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich ist, ergab die Wassermannsche Reaktion bei unserer Patientin 2 mal positiven Befund, während des komatösen Zustandes derselben und nach dem Tode. Demgegenüber war der Befund während der Remissionszeit des Krankheitsprozesses 2 mal negativ.

Der Fall wäre demnach (wenn wir von dem in der Anamnese erwähnten Abortus absehen, der eventuell auf eine durchgemachte Lues hindeuten könnte) mit dem von Hauck beobachteten in Analogie zu bringen und bestätigt seine Vermutung, daß es sich bei Lupus erythemetosus acutus um ähnliche Verhältnisse handelt, wie wir sie bei Scharlach finden — um positive Befunde, die nach Ablauf der akuten Erkrankung wieder negativ werden. Allerdings darf dabei der positive Befund im Leichenblute nach den Erfahrungen Brucks, die auch wir teilweise bestätigen können, mit einer gewissen Reserve und nur in Anbetracht des positiven Befundes intra vitam in Rechnung gezogen werden. Von der Venaepunktion im letzten Monate vor dem Tode der Kranken mußten wir wegen des moribunden Zustandes derselben Abstand nehmen.

Bei der relativen Seltenheit des Lupus erythematosus acutus ist es gewiß auffallend, daß unter 3 diesbezüglich untersuchten Fällen alle drei (2 davon vorübergehend) positiv reagierten. Nichtsdestoweniger glauben wir nicht berechtigt zu sein, diesen Befund als „spezifisch" für Lupus erythematosus acutus zu betrachten. Vielmehr handelt es sich hier um eine vorübergehende Änderung im Serum, die höchst wahrscheinlich auch bei anderen länger dauernden fieberhaften, zu starker Konsumption führenden Erkrankungen und vielleicht auch bei schwangeren Frauen sub partu (Bunzel) vorkommen dürfte. Daß diese Änderung dieselbe Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion zur Folge haben kann, wie die luetische Infektion, ist vom wissenschaftlichen Standpunkte recht interessant; in praktischer Hinsicht wäre es vielleicht angezeigt, bei der Verwertung der positiven Ausfälle der Reaktion für die Syphilisdiagnose, neben Scharlach und Malaria auch „cavete" langdauernde fieberhafte Prozesse (insbesondere Lupus erythematosus acutus) stets vor Augen zu halten.

Herrn Prof. Łukasiewicz gestatte ich mir für die Zuweisung des beschriebenen Falles auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Nachtrag bei der Korrektur.

Inzwischen publizierte auch v. Zumbusch (Wiener klin. Woch. 1910, Nr. 15) einen Fall von Lupus erythematosus disseminatus mit positiver Wassermannscher Reaktion. Auch hier war der Allgemeinzustand der Patientin bei der ersten Untersuchung, die vollkommene Hemmung ergab, ein viel schlechterer, als zur Zeit der zweiten Untersuchung, die eine nur inkomplette Hemmung ergab.

Aus der Universitäts-Hautklinik Breslau.
(Direktor: Geheim. Medizinalrat Prof. Dr. Neisser.)

Syphilitische Gelenkerkrankungen im Röntgenbilde.

Von

Dr. Rob. Bergrath,
ehemaligem Assistenzarzt der Klinik, jetzt der Universitäts-Haut-Poliklinik Würzburg.

(Hiezu Taf. V u. VI.)

Wie neuerdings im Atlas von Hahn und Deyke (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Ergänzungsband XIV) betont wird, sind die syphilitischen Gelenkerkrankungen nicht so sehr häufig und aus diesem Grunde sowie um dem Wunsche mancher Autoren, die über syphilitische Knochenerkrankungen im Röntgenbilde berichtet haben, nachzukommen, veröffentliche ich auch die von mir aufgenommenen Röntgenbilder, die wegen der außerordentlichen Zerstörungen in den Gelenken wohl der Beachtung und Betrachtung wert sind.

Aus der Krankengeschichte sei folgendes erwähnt:

Anamnese: Patientin ist 26 Jahre alt, hat bisher erst zweimal die Periode gehabt und ist virgo intacta. Ihr Vater ist tot, die Mutter lebt noch, ist angeblich gesund und hatte eine Totgeburt; ein Kind ist mit Ausschlag behaftet kurz nach der Geburt gestorben, die noch lebenden Geschwister sollen gesund sein. Die Patientin selbst hat bis zum 18. Lebensjahre einen geraden Gang gehabt; seitdem kann sie die Beine nicht mehr strecken und geht jetzt in stark gebeugten Knien (etwa im Winkel von 150°—160°). Seit 9 Jahren soll auch der rechte Arm im Gelenk steif geworden sein. Vor ungefähr 7 Monaten zeigte sich ein Geschwür an der Nase, das ihr Arzt für Krebs gehalten haben soll und das von der Nasenwand ausging. Nach 6 Monaten war es zur Zerstörung der Nasenwand und der jetzigen Entstellung der Nase selbst gekommen. Seit 2 Monaten bestehen so starke Kopfschmerzen, daß sie die Klinik aufsuchen mußte.



Befund: Die Patientin, 55 *kg* schwer, befindet sich in gutem Ernährungszustande. Die inneren Organe sind ohne krankhaften Befund. Die Kranke macht einen stupiden Eindruck. Aus der Nase dringt ein fäulnisartiger Geruch. Die Nase selbst sieht wie eingedrückt aus und nur die vordere Nasenspitze erhebt sich über die Wangenebene. Von den Nasenflügeln sind nur noch kleine Läppchen übrig geblieben. Auf dem Nasenrücken, an der Einknickungsstelle sitzen dicke braungelbe Krusten. Beim Entfernen der penetrant riechenden, mit Schimmelpilzen bedeckten Krusten aus der Nasenhöhle zeigt sich, daß die Nasenscheidewand mit knöchernem Gerüst und Muscheln zerstört sind. Keine syphilitischen Symptome auf der Haut- und Schleimhaut, abgesehen von einem Infiltrat der Oberlippe. Keine Drüsenschwellung. Die Kniegelenke sind beiderseits dick geschwollen und kolbenförmig aufgetrieben, die Konturen verstrichen. Die ganze Haut um die Gelenke herum ist prall gespannt. Bei Bewegungen fühlt und hört man deutliches Krepitieren und Knirschen. Die Kranke liegt mit angezogenen Beinen im Bett, da sie die Beine nur bis zu einem stumpfen Winkel strecken kann. Genua valga. Es besteht eine auffallende Länge der Unterschenkel.

Die äußeren Maße für den Umfang der Kniegelenke betragen für das linke Knie: oberer Rand der Patella 35 *cm*, unterer 34 *cm*, Mitte der Patella 36 *cm*, 2 *cm* über dem oberen Rand der Patella 34 *cm*; für das rechte Knie: oberer Rand der Patella 35 *cm*, unterer 32 *cm*, Mitte der Patella 35 *cm*, 2 *cm* über dem oberen Rand der Patella 35 *cm*.
Das rechte Armgelenk ist versteift und befindet sich der rechte Vorderarm in Pronationsstellung. An den Augen und Zähnen nichts Krankhaftes; mit Bezug auf das Gehör sei erwähnt, daß die Patientin sehr schlecht hört. Die Blutuntersuchung nach Wassermann-Neisser-Bruck war positiv.

Aus dem weiteren Verlauf der Krankengeschichte ist nur zu bemerken, daß die Ulzerationen an der Nase abheilten und daß die Beweglichkeit der Kniegelenke sich merklich besserte unter Hg- und Jodkaliumbehandlung, so daß die Kniegelenke später bis zum rechten Winkel gebeugt werden konnten. Das rechte Ellengelenk blieb so ziemlich im selben Zustande.

Die Röntgenbilder der Kniegelenke zeigen uns enorme Zerstörungen, die der syphilitische Prozeß an den Gelenkknochen hervorgerufen hat. Auf den ersten Blick fällt die Verdickung der Ober- und Unterschenkelknochen nicht nur an den Epi-, sondern auch an dem vorhandenen Stück der Diaphysen auf. Die schönen glatten Knochenkonturen und in ihnen die gleichmäßige erkennbare Anordnung der Knochenbälkchen ist hier nicht zu sehen. Ein wüstes Bild der Zerstörung. Bei dem massigen Femur ist ein Unterschied zwischen Spongiosa und Kortikalis nicht mehr zu konstatieren. Die Konturen der Diaphysen sind unregelmäßig und höckerig. Die äußere Kante des linken Femur (siehe Bild 1) sieht wie angemeißelt aus. Die Epiphyse des linken Femur scheint fast mit der Tibia verwachsen zu sein, so starke Knochenwucherungen haben die Gelenkflächen des Femur aufzuweisen.

Von einem normalerweise zwischen dem Ober- und Unterschenkelknochen vorhandenen Zwischenraum ist bei keinem Gelenk etwas zu sehen. Nur die Fossa intercondyloidea des linken Femur läßt einen auch nicht ganz hellen Spalt durchschimmern. Die Konturen der linken Epiphyse des Femur sind im Gegensatz zu denen des rechten, die wenigstens seitlich noch einigermaßen herauszufinden sind, ganz verschwommen. Der innere rechte Kondylus des Femur ist stellenweise stark aufgehellt infolge gummöser Prozesse. Am inneren Rande sieht er wie abgebröckelt aus. Der äußere Kondylus zeigt auch keine äußere scharfe Grenzlinie, ist aber im Gegensatz zu dem inneren stärker verknöchert und nicht so sehr der gummösen Aufhellung im Röntgenbilde verfallen, da im Kern tiefdunkle Schatten zu sehen sind. Von einer Epiphysenlinie ist in keinem Falle auch nur eine Andeutung zu finden.

Auch bei der Tibia und Fibula sind die Umrisse nicht ohne Auflagerungen und Einkerbungen. Ebenso wie beim Femur ist auch hier die Struktur der Knochenbälkchen verschwommen und zeigt sich keine Epiphysenlinie.

Bei der etwas mehr seitlich gemachten Aufnahme des rechten Kniegelenks (aus ökonomischen Gründen konnte dies Bild nicht reproduziert werden) fällt uns neben den bereits beim linken Gelenk beschriebenen Knochenveränderungen ein

mehr auf die Kniekehle zu liegender schwammartiger Schatten auf, der nichts anders darstellt als die seitlich luxierte Patella. Einen Schattenunterschied zwischen Kortikalis und Periost kann man bei diesen Bildern nirgends konstatieren.

Auch die Röntgenbilder der Armgelenke (siehe Bild 2 und 3) weisen dieselben syphilitischen Knochenveränderungen auf und zwar ebenfalls in ausgedehntem Maße, so daß man sich die in der rechten Ellenbeuge zustande gekommene Ankylose wohl erklären kann. Die Bilder selbst sprechen zu deutlich für sich, als daß ich noch weitere Beschreibung folgen lassen sollte. Nur sei noch erwähnt, daß sich hier an einzelnen Stellen eine deutlichere Grenze zwischen Kortikalis und ossifiziertem Periost bemerkbar macht.

Knochenatrophie ist bei keinem unserer Röntgenbilder zu finden; dagegen wohl hyperplastische Vorgänge.

Leider sind nur von den vorhin beschriebenen Gelenken Röntgenaufnahmen gemacht worden; sicherlich hätte man auch noch an dem übrigen Knochensystem interessante Veränderungen gefunden.

Charakteristisch für Syphilis war klinisch bei unserem Fall die geringe Schmerzhaftigkeit und die im Vergleich zu den enormen Zerstörungen verhältnismäßig noch gut erhaltene Funktion der Gelenke. Ebenso wie im zweiten von Preiser mitgeteilten Falle war auch hier doppelseitiges Genu vulgum vorhanden, zu dem wohl die Epiphysenerkrankung die Veranlassung gegeben; auch hier lag Luxation der rechten Patella vor. Die bei starken Knochenzerstörungen bestehenden geringen Beschwerden sind nach Preiser und vielen anderen Autoren für Syphilis charakteristisch. Das auch in unserem Falle deutlich wahrnehmbare Knirschen in den Gelenken soll nach Bosse beim Ausheilen des Entzündungsprozesses häufiger auftreten. Auch von unserem Falle kann man wohl sagen, worauf Stadler in seiner Arbeit besonders hinweist, daß diejenigen Teile bei der kongenitalen Syphilis besonders befallen werden, die sich in starkem Wachstum befinden und äußeren Schädlichkeiten sehr ausgesetzt sind, wie das für die Extremitäten ja zutrifft. [Über vermehrtes Längenwachstum der Extremitäten wird von vielen Autoren berichtet und spricht unser

Fall für die Richtigkeit der Angaben. (Finkh, Stadler, Mènard, Lemoine etc.)]

Mènard, Lemoine und Penard weisen darauf hin, daß bei ihren 53 Fällen syphilitischer Knochenerkrankungen 24 mal die Tibia, 10 mal die Ellenbogen, 6 mal die Oberschenkel, 5 mal der Oberarm und je 4 mal sowohl Radius wie Fibula befallen wurden. Also beinahe die Hälfte aller Fälle bezieht sich auf die Tibia.

Pathologisch-anatomisch zeigt das Röntgenbild osteoporotische und osteoplastische Prozesse zu gleicher Zeit, gummöse Periostitis und Ostitis mit ossifizierender Periostitis und Ostitis, für Syphilis typische und charakteristische Erscheinungen. Im Gegensatz zur Tuberkulose, die mehr zerstört als erzeugt, zeichnet sich die Syphilis durch Überproduktion aus. Dia- und Epiphysen sind in unserem Falle gleichmäßig befallen, der Knorpel bildet hier nicht wie bei der Tuberkulose ein Hindernis für die Ausbreitung der Affektion. Trotz der schweren Veränderungen an den Gelenkenknochen ist es nicht zur Eiterung gekommen, eine Erscheinung, die gegen Tuberkulose spricht. Schon die Multiplizität der Veränderungen weist auf Syphilis hin, wie auch die vorwiegende Hyperostose der Diaphysen eine Eigentümlichkeit dieser Erkrankung ist, während die Tuberkulose sich vorwiegend an den Epiphysen geltend macht.

Mènard, Lemoine und Penard, die bei ihren 53 Fällen nur dreimal eine auf einen Herd beschränkte Ostitis feststellen konnten, sind der Ansicht, daß dem Untersuchenden, wenn er auch mehrere Herde findet, doch noch etliche andere entgehen und betonen die Multiplizität der Herde ausdrücklich als ein Charakteristikum der Syphilis.

Hätte in unserem Falle die krankhafte Veränderung der Nase nicht sofort auf die Ätiologie der Kniegelenkserkrankungen hingewiesen und wäre differentialdiagnostisch Tuberkulose in Frage gekommen, so hätte man, abgesehen vom Ausfall der Wassermannschen Reaktion, nur das Röntgenbild zur Hilfe heranzuziehen brauchen, um an der Hand der beschriebenen und charakteristischen Zeichnung die Diagnose (Lues) Syphilis III zu stellen.

Literatur.

Preiser, Georg. Über Knochenveränderungen bei Lues congenita tarda. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. XII.

Stadler. Über Knochenerkrankungen bei Lues heredit. tarda. Ebendort. Bd. XI.

Haenisch. Beitrag zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis. Ebendort. Bd. XI.

Bosse. Über Gelenkleiden auf der Basis der Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1907. p. 1388.

Finkh. Zur Säbelscheidenform der Tibia bei Syph. hered. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XLIV. p. 709.

Moses. Beitrag zum Wesen der kongenitalsyphilitischen „Tibia enlame de sabre". Ebendort. Bd. XLIV. p. 718.

Mènard, Lemoine et Penard. Contribution à l'étude clinique et radiogr. de la Syphilis hérédit. Gazette des hospiteaux 1908. Bd. LXXXI. p. 567.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. V u. VI ist dem Texte zu entnehmen.



Aus der k. k. Klinik für Dermatologie in Wien.
(Vorstand: Prof. Dr. G. Riehl.)

Über einen Fall von Melanosarkom.

Von

Dr. **Wilhelm Kerl.**

(Hiezu Taf. VII.)

Die Frage, ob die primären melanotischen Geschwülste der Haut, die sich fast stets auf einen pigmentierten Naevus zurückführen lassen, epithelialer oder bindegewebiger Herkunft seien, ist eine seit langem diskutierte. Sie hängt mit der Naevusfrage innig zusammen und Unna u. a., die für eine epitheliale Genese der Naevi eintreten, erklären auch die aus den Muttermälern sich entwickelnden Geschwülste für epithelialer Natur. Eine Reihe von Autoren bekämpft diese Ansicht mit schwerwiegenden Einwänden, und sie stützen die ältere Anschauung, die dahin geht, daß sowohl Naevi als auch aus ihnen entstehende Neoplasmen auf bindegewebigen Ursprung rückgeführt werden müssen.

Lubarsch nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein und seiner Ansicht nach, sind manche Naevi bindegewebiger, manche epithelialer Herkunft.

In gleicher Weise leitet auch Josef die Naevi zum Teil vom Epithel, zum Teil vom Bindegewebe oder dem Gefäßendothel ab und gibt die Möglichkeit der Entstehung von Karzinomen, Sarkomen und Endotheliomen auf Naevusgrundlage zu.

Ein Zusammenhang mit dem Deckepithel sei bei melanotischen Tumoren für die Diagnose Melanokarzinom verwertbar.

Ribbert, der früher wie Recklinghausen die Naevuszellen für gewucherte Endothelien hielt, nimmt nunmehr an,



daß die Naevuszellen genetisch mit den Chromatophoren identisch, sich voneinander nur in wenigem unterscheiden, daß die Naevuszellen den nicht vollständig differenzierten Pigmentzellen entsprechen. Die Pigmentzellen sind wohl charakterisiert und bindegewebiger Abstammung. Aus diesen Zellen in typischer Form oder abweichend von der Norm in bezug auf Gestalt und Pigmentgehalt baut sich das melanotische Sarkom auf, für das der Autor daher die Bezeichnung Melanom oder Chromatophorom eingeführt wissen will. Rößle geht noch weiter und faßt auch die Haufenzellen der Muttermäler als Chromatophoren vom embryonalen Typus auf; das Melanosarkom entstehe „durch Wucherung und nachträgliche Reifung solcher embryonal gebliebener, durch lokale Gewebsmißbildung abgesprengter Chromatophoren".

Riecke tritt in seiner Arbeit aus der Leipziger Klinik Prof. Riehl für die Entstehung der Naevi aus dem Bindegewebe ein. Doch könne sich aus einem Naevus, durch Reizwirkung der gegen das Epithel andrängenden Naevuszellen auch ein Karzinom entwickeln. Die eigentlichen Naevuszellen aber sind als bindegewebige Elemente, welche auf embryonaler Entwicklungsstufe stehen geblieben sind — die aus den Naevuszellen hervorgehenden Tumoren sind als Sarkome aufzufassen. Das Vorkommen von Epitheliomen aus Naevis entstanden, erklärt sich, wie erwähnt, aus der sekundären Beteiligung der Epidermis und ihrer Abkömmlinge.

Der Fall, der unserer Mitteilung zugrunde liegt, erscheint nun in Hinsicht auf die Genese der melanotischen Sarkome von besonderem Interesse und soll deshalb eingehender besprochen werden.

Es handelt sich um eine 68jährige Patientin mit folgender Anamnese: Die Eltern der Patientin starben in hohem Alter, zwei Brüder und zwei Schwestern leben und sind gesund. Sie selbst gibt an, nie krank gewesen zu sein. Von ihren 12 Kindern starben 5 an Kinderkrankheiten. Kein Abortus.

Vor 8 Jahren wurde Patientin wegen einer dunkelbraunen, langsam wachsenden, teilweise exulzerierten Geschwulst oberhalb des Mall. ext. des linken Unterschenkels operiert. Nach dreiwöchentlicher Krankheitsdauer trat Heilung ein. Vor 18 Monaten bemerkte Patientin ein kleines schwarzes Knötchen am linken Fußrücken; bald traten ähnliche Knötchen in der Umgebung des ersteren auf, das sich langsam bis zur derzeitigen



Größe heranbildete. Seit sechs Monaten bestehen Schmerzen beim Gehen, auch in der Nacht treten, besonders in den größeren Knoten, oft so heftige Schmerzen auf, daß Patientin nicht schlafen kann. Auch war der Unterschenkel zu dieser Zeit stark geschwollen. Neben den kleinen blauschwarzen Knötchen haben sich in der letzten Zeit auch wenig oder nicht pigmentierte (weiße), tiefer sitzende Knoten gebildet, die seit zwei Monaten exulzeriert sind.

Stuhl geregelt. Appetit normal. In letzter Zeit stärkere Abmagerung.

Status praesens: Kleine, stark abgemagerte Patientin mit fahler Gesichtsfarbe. Die Konjunktiven und die sichtbare Mund- und Rachenschleimhaut sehr blaß.

Der interne Befund ergibt bis auf ein ziemlich hochgradiges Emphysem der Lungen nichts Abnormes. Das aufgetriebene Abdomen zeigt eine mächtige Diastase der Musculi recti.

Status localis: Der linke Unterschenkel sowie der Fußrücken sind leicht ödematös geschwollen, der Fingereindruck bleibt kurze Zeit bestehen. Auf der Haut des dunkel pigmentierten Unterschenkels sowohl, als auch auf der des Fußrückens finden sich zahlreiche stecknadelkopf- bis erbsengroße, ganz oberflächlich sitzende, tiefschwarze Tumoren, die halbkugelig über die nicht auffällig, aber doch leicht elephantiastisch verdickte, stellenweise entzündlich gerötete Umgebung hervorragen und mit breiter Basis aufsitzen. Die Oberfläche dieser Tumoren ist eine vollkommen glatte, die Konsistenz eine derb elastische. Auf Einstich läßt sich aus einigen eine schwarze, breiige Masse entleeren. Die jüngsten dieser dunkel pigmentierten Effloreszenzen von unter Mohnkorngröße zeigen eine unregelmäßige Kontur und liegen noch vollständig im Niveau der umgebenden Haut, sind nur dem Gesicht, nicht dem Tastsinn zugänglich.

Was die Anordnung der Tumoren betrifft, so ist sie eine gänzlich regellose. Eine Bevorzugung der Streck- oder Beugeseiten läßt sich nicht feststellen. Vollständig frei erscheint die Planta pedis sowie der vordere Anteil des Fußrückens. Die Effloreszenzen stehen zum Teil disseminiert, zum größeren Teil jedoch sind zu Gruppen vereinigt und konfluieren zu bis haselnußgroßen Gebilden, die jedoch ihren Ursprung aus Einzeltumoren wohl erkennen lassen. Die Oberfläche dieser zusammengesetzten Tumoren ist eine himbeerähnlich, kugelig-höckerige.

An vielen Stellen sieht man auch die genannten schwarzen Knötchen den größeren, unten beschriebenen Tumoren seitlich angelagert und von letzteren überragt.

Auf Druck sind die Tumoren nicht schmerzhaft. Außer diesen, nunmehr beschriebenen Effloreszenzen findet sich über einer ca. 10 *cm* langen, oberhalb des Mall. ext. beginnenden, über den Rist ziehenden Operationsnarbe, die leicht depigmentiert ist, ein ungefähr walnußgroßer, subkutan gelagerter, im oberen Anteil exulzerierter Tumor, der nur an den unteren Partien blauschwarz verfärbt erscheint. Des weiteren sieht man beiderseits über den Malleolen nicht pigmentierte, ca. 5 *cm* im



Durchmesser betragende, runde, pilzhutartig überragende Tumoren. Dieselben sind an der Oberfläche exulzeriert, grobhöckerig, im Zentrum vertieft und mit schmierigem, übelriechenden Sekret bedeckt.

Kleinere solche, zum Teil exulzerierte Knoten findet man noch über dem Mall. int., sowie an den unteren Partien der Außenseite des Unterschenkels.

In der Mitte desselben sieht man an der lateralen Seite einen über fünfkronengroßen, ziemlich flachen, nicht pigmentierten, schwammförmigen Tumor mit überhängenden Rändern, an der Oberfläche exulzeriert und zentral eingesunken. Von diesem Knoten aus erstreckt sich eine Kette von ca. fünf unpigmentierten, über nußgroßen, subkutan gelagerten Knoten nach aufwärts, an die mediale Seite bis unterhalb der Patella. Diese Tumoren sind nicht exulzeriert, die Haut über ihnen erscheint glänzend, leicht gerötet und nur äußerst wenig verschieblich, die Tumoren mit der Haut sind auf der Unterlage prompt beweglich.

Die lateral gelegenen Knoten hängen untereinander zusammen, der mediale erscheint isoliert zu stehen. Die Konsistenz dieser Tumoren ist eine beträchtlich derbere als die der pigmentierten.

Am Oberschenkel finden sich an der medialen Seite geschlängelte, erweiterte Venen.

Die Inguinaldrüsen links bis über haselnußgroß, rund und hart, auf Druck nicht schmerzhaft.

Harnbefund: Zucker negativ. Eiweiß pos. quant. nach Eßbach nicht bestimmbar. Blutbild bis auf geringe polynukleäre Leukozytose normal.

Unter Schleich-Anästhesie wird am 16./XII. der an der medialen Seite des Unterschenkels gelegene, subkutane Knoten, sowie eine Gruppe von pigmentierten, kutan gelegenen, erbsengroßen Tumoren exzidiert.

Ein Teil des gewonnenen Materials wird zur histologischen Untersuchung verwendet, ein zweiter in sterilen Schalen verrieben und Mäusen und Ratten teils subkutan, teils intraperitoneal verimpft. Die Verimpfung blieb erfolglos. Im Decursus morbi ist hervorzuheben:

Am 25./XII. werden einzelne mohnkorngroße, neu aufgetretene, schwarze Effloreszenzen im Niveau der Haut an den unteren Partien des Unterschenkels, sowie ein erbsengroßer, weißer, stark prominenter Knoten ungefähr in der Mitte der Tibiakante konstatiert.

Am selben Tag werden die Nähte entfernt. Die Heilung ging an der proximalen Wunde per primam von statten. Bei der distal gesetzten Wunde haben die Nähte durchgeschnitten. Heilung per secund. intent.

Am 15./I. werden noch einige pigmentierte Tumoren flach abgetragen und Patientin am nächsten Tage, ohne daß sich der Zustand wesentlich geändert, auf Verlangen entlassen.



Patientin wurde zweimal mit Röntgen bestrahlt, über den Effekt ist wegen Kürze der Beobachtung diesbezüglich keine Angabe zu machen. Die Therapie bestand ansonst nur in desoderierenden Umschlägen und Bestreuung mit Orthoform.

Das zur histologischen Untersuchung gelangte Material wurde zum Teil in Paraffin, zum Teil in Zelloidin nach Härtung in Müllerformol und steigendem Alkohol eingebettet.

In den mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten, aus dem dunkel gefärbten, erbsengroßen Knoten sieht man, daß sich der Tumor scharf von der Umgebung absetzt. Seine untere Grenze verläuft annähernd parallel zur Hautoberfläche und wird ungefähr in der Höhe der Papillarschichte der umgebenden Haut von einer Zone kleiner Zellen gebildet, die, wie die Färbung mit Thionin ergibt, als Plasmazellen anzusprechen sind. Stellenweise erstrecken sich die genannten Zellen entlang der Gefäße in die Tiefe, bisweilen bilden sie auch kleine, rundliche Anhäufungen.

Der Tumor selbst erscheint aus großen, verschieden geformten Zellen aufgebaut, welche in Doppelreihen oder in unregelmäßigen Haufen, oft säulenförmig auseinandergedrängt, von der Basis bis zur Oberfläche aufsteigend, den Tumor fächerförmig durchziehen. Am senkrechten Schnitt werden diese Zellreihen, die zum Teil gekrümmt verlaufen, in den verschiedensten Richtungen getroffen, so daß man Quer- und Schiefschnitte aller Arten zwischen den nach aufwärts streichenden Zellsäulen vorfindet.

Die einzelnen Tumorzellen zeichnen sich zumeist durch einen großen, leicht tingiblen Kern aus, der vorwiegend eliptisch, in vielen Zellen aber seitlich komprimiert oder sonst unregelmäßig gestaltet erscheint. Das relativ gering entwickelte Zellprotoplasma ist in der Form außerordentlich variabel, kugelig, eliptisch, polygonal, spindel- bis fadenförmig gestaltet und vor allem durch den gegenseitigen Druck beeinflußt, welchen die eng aneinander liegenden Zellen in den Alveolen erleiden. An einzelnen Stellen sieht man zwei- oder mehrkernige Tumorzellen.

Die bindegewebigen Zwischenräume zwischen den Zellalveolen führen reichlich kapillare Blutgefäße und erweisen sich vielfältig von Plasmazellen und Leukozyten infiltriert.



Stellenweise trifft man Gruppen von vereinzelt stehenden oder zu losen Haufen von wenig Exemplaren vereinigten Tumorzellen eingestreut an, die dann meist Kugelform und vermehrtes Größenwachstum aufweisen.

Einzelne Teile des Tumors, und zwar hauptsächlich die nahe der Oberfläche liegenden Zellmassen sind stark braun pigmentiert, während die Zellen in den zentralen Anteilen des Tumors teils gänzlich unpigmentiert erscheinen, teils geringe Mengen Pigment enthalten. Das Pigment findet sich vorwiegend in Form von kleinsten Körnchen, zum geringeren Teil in massigeren Schollen. Im bindegewebigen Gerüst des ganzen Tumors verstreut, am dichtesten in den der Oberfläche zugewendeten Anteilen finden sich zahlreiche Chromatophoren.

Die chemisch-mikroskopische Untersuchung (Behandlung mit H_2O_2, HCl, $AgNO_3$ Osmierung, sowie letztere nach Chromsäurevorbehandlung) ergibt, daß der Farbstoff als Melanin anzusprechen ist. Mit polychromem Methylenblau färben sich besonders die kleinen Körnchen grün. Die Perlsche Reaktion (Ferrozyankalium-Salzsäure) verlief negativ.

An der Stelle, wo sich der Tumor über das Niveau der umgebenden Haut vorzuwölben beginnt, findet man die Retezapfen verlängert, gleichsam ausgezogen, unregelmäßig verzweigt und bisweilen mächtig aufgetrieben. Die Zellen der Neubildung treten hier oft unmittelbar an die unterste Reteschichte heran, so daß es den Anschein gewinnt, als ob sich der Tumor von den Basalzellen herleiten würde. An einzelnen Partien sind Anteile der Epidermis so von Tumorzellen durchsetzt, daß eine gegenseitige Abgrenzung am Präparat nicht mehr möglich ist. Dieses Stadium geht unmittelbar dem Zerfall der betreffenden Epidermispartie voraus. In der Nachbarschaft liegt die Tumormasse bereits epidermislos frei. Der größte Teil der Oberfläche des Tumors zeigt jedoch einen dünnen Epidermisbelag, der stellenweise äußerst reduziert erscheint. Der starken Spannung entsprechend fehlt über der Kuppe des Tumors selbst eine Andeutung von Papillen und die Epidermis besteht nur aus wenigen Zellagen. Sowohl in seinen Zellformen, wie insbesonders in der Anordnung der eigentlichen Tumorzellen, erinnert der untersuchte Geschwulstknoten lebhaft an den Bau eines pig-



mentierten Zellnaevus. Die Zellen der Alveolen erscheinen aber zum großen Teil kleiner und viel unregelmäßiger gestaltet als beim Naevus und sind dichter angeordnet.

Wie erwähnt, geht der Tumor von der Papillarschichte aus und überschreitet dieselbe nach unten hin nur in geringem Maße durch einzelne vorgeschobene alveoläre Zellhaufen. Eine ziemlich dichte Zone von Plasmazellen grenzt ihn gegen das eigentliche Korium ab, in welchem den Gefäßbündeln entsprechend, kleinzellige Infiltration, teilweise Anhäufung von Plasmazellen nachweisbar sind, eigentliche Tumorzellen aber fehlen.

Das Bindegewebe selbst ist mächtig entwickelt, ziemlich kernreich, selbst die Septen zwischen den Fettläppchen des subkutanen Gewebes erscheinen verdickt und um die Gefäßzüge des letzteren findet sich kleinzellige Infiltration.

Die Papillarschichte der umgebenden Kutis ist entsprechend dem elephantiastischen Zustand der ganzen Haut verändert, durch neugebildetes Bindegewebe mächtig verdickt, mit vergrößerten kolbigen Papillen versehen; dementsprechend ist auch die Epidermis hyperplastisch. Das in der Kutis normal entwickelte elastische Gewebe fehlt in der elephantiastischen papillaren und subpapillaren Schichte fast vollständig; nur vereinzelte, ganz dünne Fädchen ziehen senkrecht zur Oberfläche entsprechend den aufsteigenden Gefäßen. Es entsteht dadurch das eigenartige Bild, daß die Elastika von der Papillaroberfläche abgedrängt in der Tiefe, eine ziemlich scharf abgegrenzte Schichte formiert, die von der neugewucherten, elephantiastischen und nahezu elastinfreien Papillarschichte überlagert wird. Da der Tumor aus dieser Zone seinen Ausgang nimmt, erscheint das fast gänzliche Fehlen elastischen Gewebes in dem Stroma durch die vorausgegangene Veränderung des Mutterbodens erklärt.

Die histologische Untersuchung des gleichzeitig exstirpierten subkutanen Knotens, der nicht pigmentiert ist, ergibt folgendes Resultat:

Der Tumor von Kleinkirschengröße ist, vollständig im Subkutangewebe gelagert, fast überall von Fettgewebe umgeben, das teilweise leicht entzündliche Vorgänge an den Gefäßen auf-



weist. Eine aus straffem Bindegewebe bestehende Kapsel grenzt den Tumor allseitig scharf ab. In ihr stellenweise Anhäufung von Plasmazellen. Der Tumor selbst ist durch dicke Bindegewebsbalken in unregelmäßige Lappen geteilt, zeigt alveolären Bau und stellenweise so dichte Auseinanderdrängung der Zellschläuche, daß konfluente, gleichmäßig von dichtgedrängten Tumorzellen gebildete Massen resultieren. Die einzelnen Tumorzellen sind im allgemeinen kleiner als die des oberflächlichen Tumors, zeigen vielfältig durch gegenseitigen Druck entstandene, unregelmäßige. im allgemeinen aber spindelige Gestalt. Die mit den meisten Färbungen stark tingiblen Kerne sind rund oder längsoval. Nicht selten sind mehrkernige Zellen und stellenweise ziemlich reichlich Mitosen nachweisbar.

Einzelne Partien der Geschwulstlappen nehmen keine Kernfärbung an, finden sich in verschiedenen Stadien des nekrotischen Zerfalles. Im ganzen Bereich des Tumors fehlen Chromatophoren und auch die Geschwulstzellen selbst sind frei von Pigment.

Die Vaskularisation des Tumors ist eine spärliche und namentlich in den dichten Lappen erscheinen große Stellen gefäßlos. An einem größeren Gefäßchen eines Septums erscheint die Media von alveolären Geschwulstmassen erfüllt. Bei diesem Tumor ist die Ähnlichkeit mit dem Bau eines Zellnaevus nur partienweise deutlich ausgeprägt, an der Mehrzahl der Läppchen durch Verstreichen der alveolären Anordnung und durch die Änderung der Zellform fast ganz verschwunden.

Die darüber liegende Kutis erweist sich elephantiastisch verdickt wie in der Umgebung des oberflächlichen Knotens, aber sonst nicht verändert.

In bezug auf die Stellung der Diagnose bietet unser Fall keine Schwierigkeit. Das multiple Auftreten der sekundären, oberflächlich gelagerten Knoten im Verein mit den tiefer sitzenden Metastasen, das rasche und zum Zerfall neigende Wachstum der letzteren, die Affektion der Lymphdrüsen und die bestehende Kachexie lassen differential-diagnostische Erwägungen überflüssig erscheinen und weisen auf ein malignes Neoplasma hin.

Wir finden bei unserer Kranken stark pigmentierte, meist oberflächlich sitzende Knoten bis Bohnengröße und tiefer sitzende, vom Subkutangewebe ausgehende, zur Größe eines kleinen Apfels heranwachsende, unpigmentierte Knoten. Beide Formen sind als Metastasen des vor Jahren exstirpierten, aus einem Naevus hervorgekommenen Tumors anzusprechen. Wir bezeichnen sie in folgendem der Kürze halber als oberflächliche und tiefe Metastasen.

Die Frage nach dem Ausgang der Geschwulstbildung läßt sich, da der Primärtumor schon vor vielen Jahren operativ entfernt wurde, nicht mit absoluter Sicherheit entscheiden.

Es ist in unserem Fall aber kaum einem Zweifel unterworfen, daß die Tumoren von dem vor zwei Jahren exstirpierten Naevus abstammen. Hiefür sprechen zahlreiche Gründe.

Vor allem bietet dafür die Anamnese einen Anhaltspunkt, insoferne der genannte operative Eingriff vor 8 Jahren wegen der kleinen schwarzen Geschwulst am Fußrücken vorgenommen wurde und die Patientin 6 Jahre hindurch ohne jede Krankheitserscheinung geblieben ist.

Dieser lange Zeitraum zwischen Operation und dem Auftreten der sekundären Knoten und den Metastasen läßt den Schluß ziehen, daß es sich dazumal wohl um keine besonders maligne Bildung gehandelt hat. Eine solche stellt eben ein Naevus, selbst wenn er im Wachstum begriffen, gewöhnlich dar.

Eine weitere Stütze findet unsere Annahme in der Erfahrungstatsache, daß die melanotischen Tumoren fast stets von primär Chromatophoren führenden Gewebe, der Haut und dem Bulbus ausgehen.

Viele Autoren sogar treten für ein ausschließliches Entstehen aus letztgenannten Geweben ein und führen die angeblich in anderen Geweben und Organen beobachtete Primärlokalisation auf ein Übersehen des eigentlichen, primären Tumors zurück. Gegen diese Ansicht erheben sich von vielen Seiten Einsprüche und Hirschberg u. a. weisen nach, daß sich auch in anderen Organen, wie Nebenniere, Gehirn und Rückenmark, melanotische Tumoren primär entwickeln können.

In der Haut kann sich an jeder Stelle eine melanotische Geschwulst primär entwickeln, da ja auch an den makrosko-



pisch ungefärbten Hautpartien sich Chromatophoren finden, und zwar, wie Riehl nachwies, besonders in der Umgebung der Gefäße und entlang derselben. Diese können, in reichlicher Menge vorhanden, die Veranlassung zur stärkeren Pigmentierung eines Tumors darstellen.

Vorzüglich aber nehmen die melanotischen Neoplasmen ihren Ausgang von Naevi pigmentosi, angeborenen Mißbildungen gewöhnlich harmloser Natur. Diese Muttermäler bauen sich nicht nur aus den bekannten Naevuszellen auf, sondern enthalten auch Pigmentzellen in verschiedener Zahl. Auf dem Reichtum an letztgenannten Zellen und der sekundären Pigmentierung der eigentlichen Naevuszellen beruht die mehr, minder dunkle Färbung der Mäler, die von braungelb bis intensiv schwarz alle Nuancen aufweisen kann.

Des weiteren spricht in unserem Sinne das histologische Bild der pigmentierten, sekundären Tumoren, das bezüglich der Anordnung der Zellen einen den Naevi vollkommen gleichen Aufbau ergibt. Die Zellen sind zu Haufen und Zügen, welch letztere radiär vom Zentrum gegen die Oberfläche verlaufen, angeordnet. Unser Befund entspricht in dieser Beziehung fast vollständig dem eines alveolären Naevus.

Bei den subkutanen Knoten ist diese typische Zellanordnung wohl auch noch zu sehen, jedoch viel weniger ausgeprägt als bei den sekundären Knoten.

Diese Verschiedenheit von Geschwülsten, die auf einen und denselben Primärtumor zurückzuführen sind, wurde des öfteren beschrieben und darauf hingewiesen, daß die sekundären Tumoren, solange sie sich in dem mit dem Primärtumor gleichen Muttergewebe verbreiten, mit letzterem auch in bezug auf Form der Zellen und Anordnung eine weitgehende Ähnlichkeit bewahren. Diese Übereinstimmung erstreckt sich in unserem Fall nicht nur auf die Form der Zellen und den Aufbau, sondern auch zum Teil auf den Grad der Malignität. Den oberflächlichen Knoten fehlen nicht nur klinisch, sondern auch histologisch so manche Kriterien der Malignität. Im klinischen Bild erscheint das Wachstum nicht unbeschränkt. Die Vermehrung erfolgt mehr durch Apposition von neuen Knoten als durch Größenzunahme der Einzelherde, die, wenn sie eine be-



stimmte Größe erreicht haben, stationär bleiben und keine Tendenz zum Zerfall aufweisen; das Wachstum dieser Knoten ist ein langsames und wird von den Metastasen in dem tieferen Gewebe bald überholt; erstere zeigen auch Neigung zur Ulzeration und erweisen schon hiedurch ihren maligneren Charakter.

Auch histologisch finden wir die pigmentierten Tumoren ziemlich scharf abgesetzt von der Umgebung, ein Vordringen des Tumors in die Tiefe fehlt. Wir sehen im Gegenteil, daß die elastischen Fasern, die sonst häufig in der Umgebung von malignen Neoplasmen der Zerstörung anheimfallen, in unserem Fall entsprechend der Zugwirkung, die der Tumor auf die Unterlage ausübt, gegen die freie Oberfläche vorgezogen werden. Die über den Knoten gespannte Epidermis ist wohl an Zelllagen reduziert, stellenweise ist nur die oberste Hornschichte erhalten. Das Zugrundegehen der Epidermis wird jedoch durch den Druck der andrängenden Neoplasmazellen sowie durch die hiemit in Zusammenhang stehende Ernährungsgstörung zur Genüge erklärt.

Diese angeführten Eigenschaften der sekundären Knoten bekräftigen unsere Ansicht, daß die Erkrankung von einem Naevus ihren Ausgang genommen habe.

Den Anstoß zu malignem Wachstum des Muttermales könnten vielleicht wiederholte Läsionen gegeben haben, ich verweise auf die diesbezüglich reiche Literatur. Wenn wir auch derartigen Irritationen nicht jede Bedeutung absprechen wollen, so dürfte doch in unserem Falle auch ein anderes Moment bei der Entstehung und Wucherung der Neubildung mitgewirkt haben. Dieses glauben wir in der bestehenden elephantiastischen Veränderung der Haut erblicken zu können; dieser ist wohl infolge Störung der Zirkulation und der Ernährun des vorwiegend in unserem Falle in Betracht kommenden Gewebes eine wesentliche Bedeutung für das Entstehen der Neubildung zuzuschreiben. Auf den Zusammenhang von Stauungen im Lymphgefäßsystem und derTumorbildung hat vorwiegend W. Pick gewiesen. Pathologische Veränderungen der Lymphgefäße, Angiome, Ektasien, lymphatische Stauung wurden des öfteren schon vor W. Pick bei bestehenden Tumoren beschrieben, jedoch die Erscheinungen meist nicht zu einander in nähere Beziehung



gebracht. W. Pick beobachtete an zwei Fällen von Kaposi-Sarkom, wie sich Lymphzystchen allmählich zu soliden Sarkomknoten umwandelten. „Beiden Fällen ist (also) das Einsetzen der Affektion als Elephantiasis lymphangiectatica gemeinschaftlich. Daß diese nicht etwa bloß als eine parallel mit dem Sarkom und neben diesem sich entwickelnde Erscheinung aufzufassen ist, ergibt sich schon aus der klinischen Beobachtung, insofern der Entwicklungsgang: Lymphzysten mit vollkommen klaren Inhalt zu solchen mit hämorrhagischem Inhalt und dann weiter zu kleinen, weichen Tumoren, deren glatte, glänzende Decke zwar noch leicht eindrückbar erschien, die aber auf Anstich keine Lymphe mehr entleerten und späterhin ganz die derbe Konsistenz und das Aussehen des Sarkomknoten boten — sich namentlich in dem ersten Falle deutlich während der Spitalsbehandlung beobachten ließ. Diese klinischen Befunde erschienen ganz eindeutig; sie weisen dem Lymphsystem eine importante Rolle bei der Entstehung der Tumoren zu . . ."

Verfasser sagt weiter: „Wir müssen derselben (Lymphstauung) vielmehr eine ätiologische Bedeutung vindizieren, nicht etwa in dem Sinne, als ob sie das alleinige ursächliche Moment wäre; die Lymphstauung würde in Konkurrenz mit einer allgemeinen, durch Rasse oder andere Momente bedingten Disposition, die lokale Disposition für die Entwicklung des Tumors abgeben, deren Lokalisation bedingen und ihr den Weg bahnen."

In gleicher Weise dürfte auch in unserem Falle die bestehende Elephantiasis für die Ätiologie der Geschwulstbildung von Bedeutung sein, und wir sind um so mehr berechtigt die Befunde W. Picks in unserem Falle zur Erklärung der Tumorbildung heranzuziehen, als es sich in Picks Fällen wohl um ein Kaposi-Sarkom handelt, das aber insbesonders „durch die Weiterentwicklung der lymphoiden Zellen in fibröse Zellen" den echten Sarkomen sich beträchtlich nähert.

Es erübrigt noch auf das histologische Bild des näheren einzugehen, und es ist hier besonders der scheinbare Übergang des Epithels in die Geschwulstmasse bemerkenswert, wie er an vielen Stellen bei den oberflächlichen Tumoren sich zeigt.



Bekanntlich sind ähnliche Befunde von direkter Anlagerung von Naevuszellmassen an das Oberflächenepithel vielfach bei Naevis beobachtet und als beweisende Stütze für die Theorie der Abstammung der Naevuszellen von der Epidermis herangezogen worden. Die Beweiskraft solcher Befunde ist durch den Nachweis von dünnen Lagen Bindegewebe und elastischen Fasern als Grenze zwischen der scheinbar konfluierten Epidermis und Naevuszellen nach der Ansicht vieler Autoren sehr erschüttert worden.

In dem eben beschriebenen Falle finden wir ein Herantreten der Tumormassen bis dicht ans Epithel. In ganz gleicher Weise läßt sich stellenweise als Grenzschichte noch eine dünne Lage fibrillären Gewebes nachweisen, während dies an anderen Stellen nicht gelingt.

Der Nachweis von elastischen Fasern ist in unserem Falle bei dem durch die Elephantiasis bedingten Fehlen der Elastica in der ganzen Papillarschichte nicht erbringbar. Wir finden aber, wie oben beschrieben, in den Präparaten unseres Falles auch mehrere Stellen am Rande der makroskopisch sichtbaren Erosionen des Tumors, an welchen die Tumorzellen die Retezapfen direkt durchwachsen und zum Teil die Epidermis ersetzt haben, wobei die Form der ursprünglichen Anordnung der interpapillären Epidermis noch erhalten blieb. Wie erwähnt, ist dieser Zustand ein ganz kurz dauernder und führt zum Zerfall.

Der Tumor wächst an und in die Epidermis, bringt letztere zum Zerfall; die oberflächlichsten Partien des Tumors erscheinen nekrotisch. Der Vorgang ist demnach eine Umkehrung dessen, was manche Autoren für die Genese der Naevuszellen annehmen. Die Epidermis ist nicht durch Abtropfen die Quelle der Neoplasmazellen, sondern umgekehrt, dringen letztere von unten her an die Oberfläche und zerstören die Epidermis.

Für unseren Fall entspricht diese Erklärung vollkommen und läßt uns keinen Zweifel über die Art des Zustandekommens der für die Abtropftheorie in Anspruch genommenen Bilder. Wir haben es ja nicht mit einem primär entstandenen Tumor, sondern mit Metastasen zu tun, die noch deutlich die Natur des primären Tumors, eines Naevus erkennen lassen. Für meta-



statische Tumoren kommt aber die Abtropftheorie selbstverständlich gar nicht in Betracht. Denn mögen die Zellen nun auf der Lymph- oder Blutbahn sich verbreitet haben, der Ort ihrer weiteren Entwicklung ist wohl nur in dem subepithelial gelegenen Gewebe zu suchen, da nur dieses die ernährenden Gefäße führt.

Wir sind demnach berechtigt durch diesen Befund bei sekundären Geschwülsten den Wert ähnlicher Befunde an Naevis als noch geringer wie bisher einzuschätzen.

Das Vorkommen von pigmentierten Metastasen neben unpigmentierten, wie in unserem Falle, wurde sehr häufig beobachtet, aber in verschiedener Weise erklärt.

Für Ribbert, der die Theorie aufstellt, die melanotischen Geschwülste sind aus Chromatophoren aufgebaut, entfällt die Notwendigkeit, die Pigmentierung der Zellen zu deuten. Die Pigmentbildung ist für ihn eine Funktion der Geschwulstzelle, die ihr als solcher im Laufe der Entwicklung zukommt. Diese Anschauung Ribberts vermochte sich keine allgemeine Anerkennung zu verschaffen. Auch Wiener, der zum Teil für Ribberts Ansicht eintritt, weist andererseits auf die Schwierigkeit der Entscheidung, „ob auch die übrigen in den Geschwülsten auftretenden, sehr verschieden geformten, pigmentierten und nicht pigmentierten Zellen auf dieselben Zellen (die Chromatophoren) zurückzuführen sind, oder ob nicht auch andere wuchernde Zellen durch Aufnahme des Pigments melanotisch werden können"; ferner ob die unpigmentierten Zellen der Geschwülste derselben Herkunft sind wie die pigmentierten. Für einen innigen Zusammenhang zwischen Zellart und Pigmentierung tritt Rößle in seiner Arbeit „Über den Pigmentierungsvorgang im Melanosarkom" ein. Auf Grund biologischer Untersuchung gelangt er zu der Überzeugung, daß die Zellen der melanotischen Tumoren mit den Chromatophoren identisch sind, daß die Pigmentbildung zur Funktion der Zelle gehöre und letztere von der Ernährung wesentlich abhänge. Das Pigment entstehe unter gegebenen Bedingungen aus der reichlichen Nuklearsubstanz. Mit der Pigmentbildung, die ein Zeichen der Reife sei, verliere die Neoplasmazelle die Fähigkeit der unbeschränkten Vermehrung und stelle als gealterte Zelle



einen relativ ungefährlichen Typus dar. Für die maligne Entwicklung sei nur die Verbreitung der jungen, nicht pigmentierten, äußerst vermehrungsfähigen Zellen verantwortlich zu machen.

Die Mehrzahl der Autoren stimmt der Ribbertschen Ansicht und deren Modifikationen keineswegs bei und vindiziert dem Vorgang in der Pigmentierung nur die Bedeutung einer Begleiterscheinung. Ohne auf die komplizierte Frage, wie das Pigment in normalen und pathologischen Verhältnissen entsteht, sich verbreitet, näher eingehen zu wollen, können wir für unseren Fall feststellen, daß die Pigmentierung in den oberflächlichen Sarkommetastasen noch dem Verhalten des Pigments in Naevis vollkommen entspricht. Wir finden die eigentlichen Geschwulstzellen zum Teil pigmentfrei, zum Teil ihr Protoplasma aber mehr minder reichlich mit Farbstoffkörnchen erfüllt. Wie beim Naevus, ist auch bei unserer Geschwulst die Verbreitung des Pigments eine ungleichmäßige. Ganze Gruppen von Zellsäulen und Geschwulstalveolen im Zentrum erscheinen unpigmentiert, während namentlich die der Oberfläche und den Randpartien zugekehrten Tumormassen mehr, minder reichlichen Pigmentgehalt aufweisen. Zwischen den Zellsträngen der Geschwulst im Bindegewebe eingelagert, sehen wir insbesonders an den peripheren Geschwulstanteilen zahlreiche, mit verzweigten Ausläufern versehene oder einfach rundliche, polyedrische Chromatophoren. Die letzteren fehlen auch in den scheinbar unpigmentierten, tiefen metastatischen Geschwülsten nicht vollkommen, während die eigentlichen Geschwulstzellen kein Pigment enthalten.

Es ist immerhin möglich, daß dieser auffallende Unterschied in der Beschaffenheit des Gewebes, in welchem die Metastasen zustande gekommen sind, begründet ist, da ja normalerweise die Papillarschichte die meisten Chromatophoren führt.

Meinem sehr geehrten Chef, Herrn Professor Riehl, sage ich für die Anregung zu dieser Arbeit und Unterstützung bei derselben meinen aufrichtigen Dank.



Literatur.

Joseph. Beiträge zur Derm. u. Syph. Festschrift für Neumann.
Pick, W. Archiv für Dermat. u. Syph. Bd. LXXXVII.
Ribbert. Lehrbuch u. Zieglers Beiträge. Bd. XXI.
Riecke. Archiv für Dermat. u. Syphilis. Bd. LXV.
Riehl. Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis. 1884.
Rößle. Zeitschrift für Krebsforschung. II. Bd. 1904.
Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. VII ist dem Texte zu entnehmen.

Aus der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.
(Direktor: Dr. Carl Stern.)

Über Lupus follicularis disseminatus faciei.

Von

Dr. **Max Löwenberg,**
Oberarzt der Klinik.

(Hiezu Taf. VIII.)

Der Lupus follicularis disseminatus gehört zu den seltenen Formen der Hauttuberkulose. Seit der Aufstellung des Krankheitsbildes durch Tilbury Fox im Jahre 1878 sind mit dessen Fällen, soweit ich die Literatur überblicke, im ganzen etwa 30 Fälle beschrieben. Schlaßberg hat die bis 1903 beschriebenen Fälle zusammengestellt mit Ausnahme eines Falles von Pontoppidan, 2 Fälle von C. Rasch, eines Falles von Ludwig Nielsen. Seit der Veröffentlichung Schlaßbergs wurde noch mitgeteilt 1 weiterer Fall von Bettmann, 2 Fälle von Kraus, 2 Fälle von Cohn und Opificius bzw. Herxheimer, 1 Fall von Delbanco. Bei dem großen Interesse, das dieser Krankheitsform bis in die neueste Zeit entgegengebracht wird, dürfte die Mitteilung eines von uns beobachteten Falles gerechtfertigt sein.

Ende Oktober 1908 suchte der 28jährige Volksschullehrer H. M. die Privatabteilung unserer Klinik auf wegen eines seit etwa 4 Monaten bestehenden Hautleidens. Aus der Anamese ist hervorzuheben, daß der Kranke aus einer vollkommen gesunden Familie stammt, in der erbliche Krankheiten, insbesondere Tuberkulose, nicht vorkamen. Patient, der Sohn eines Landwirtes, ist auf dem Lande aufgewachsen und hat bis zum Frühjahr dieses Jahres auf dem Lande als Volksschullehrer gelebt. Krank ist er nie gewesen, hat im Jahre 1900—1901 bei der Infanterie seiner Militärpflicht genügt. Mit 25 Jahren heiratete er; seine Frau ist völlig gesund, hat nie abortiert, 1 Kind ist an Brechdurchfall gestorben, 1 Junge lebt und ist gesund. Im April d. J. wurde der Kranke von

seiner seitherigen Wirkungsstätte, einem Dorfe im Harz, nach Duisburg versetzt. Während er in seiner Schule im Harz gesunde und kräftige Bauernkinder zu unterrichten hatte, fand er in der Industriestadt Duisburg fast nur schlecht genährte Arbeiterkinder, die durch fortwährendes Husten schon verrieten, daß sie durch und durch tuberkulös seien. In der ersten Zeit hätten ihn die Kinder öfters angehustet; später habe er sich davor in acht genommen. Der Kranke gibt dann an, sein Leiden habe etwa 6—8 Wochen nach seiner Übersiedlung nach Duisburg begonnen und zwar hätten sich zu beiden Seiten der Nasenflügel in der Haut kleine Knötchen gezeigt, die rot gefärbt waren und in der Mitte einen kleinen weißen Kern hatten. Allmählich seien immer mehr Knötchen aufgetreten, besonders auf der Nase und den Augenlidern, an der Stirn und an den Ohren; auf dem behaarten Kopf habe er keine bemerkt. Schmerzhaft seien die Knötchen, die teilweise Linsengröße erreicht hätten, nie gewesen, auch hätten sie nie gejuckt. Behandlung mit Schälpaste durch einen Spezialarzt habe keinen Erfolg gehabt. Im Laufe des Sommers seien die kleineren Knötchen verschwunden und an ihre Stelle kleine Narben getreten. Zwischendurch seien aber vereinzelt wieder neue Knötchen aufgetreten, doch nie wieder in so großer Zahl, wie im Frühjahr. Der Kranke glaubt den Wechsel des Wohnortes für sein Leiden verantwortlich machen zu müssen. Gewohnt, in frischer klarer Landluft zu leben, habe er in einer rauchigen verrußten Luft gelebt.

Status praesens: Der überaus kräftige und gut genährte Mann bietet das Bild der blühendsten Gesundheit. Abgesehen von der Haut des Gesichtes zeigten die äußere Haut und die sichtbaren Schleimhäute keinerlei krankhafte Veränderungen. Es bestehen keine Drüsenschwellungen. An den inneren Organen ist bei wiederholter Untersuchung, besonders der Lungen, kein Anzeichen einer Erkrankung festzustellen. Husten und Auswurf fehlen. Niemals Temperatursteigerungen. Appetit ist ausgezeichnet, Verdauung normal. Im Urin kein Eiweiß und Zucker. Wassermannsche Reaktion negativ. Auf der Haut des Gesichtes bis zur Stirnhaargrenze, besonders aber an beiden Nasenflügeln, an der Oberlippe, an den Augenlidern und der Jochbeingegend sieht man zahlreiche kleine Knötchen von Stecknadel- bis Linsengröße, nirgends konfluierend. Die Knötchen sind deutlich fühlbar, auf Druck nicht schmerzhaft; ihre Farbe ist rot bis braunrot; zwischendurch sieht man der Größe der Knötchen entsprechende narbige Einziehungen der Haut von braunroter Farbe. Die Mehrzahl der Knötchen ist deutlich an die Follikel gebunden, bei einem anderen Teil ist das nicht zu konstatieren. Viele Knötchen tragen auf der Mitte ein weißlich gelbes Hautschüppchen. An keiner der Effloreszenzen ist Eiterung oder Ulzeration vorhanden.

Auf Glasdruck sieht man an Stelle der Knötchen einen gelblich roten Fleck.

Mit dem scharfen Löffel gelingt es leicht, die Knötchen herauszuheben, wobei eine mäßige Blutung aus der ziemlich tiefen Wundhöhle entsteht. Die Knopfsonde dringt leicht in das Gewebe der Knötchen ein,



ohne erheblichen Schmerz zu verursachen. Mehrere mit dem scharfen Löffel herausgehobene Knötchen werden zwischen zwei Objektträgern verrieben und auf Tb.-Bazillen untersucht. Es gelang niemals, Tb.-Bazillen nachzuweisen, auch die Muchsche granuläre Form wurde stets vermißt. Obwohl mein Chef schon auf Grund des klinischen Befundes die Diagnose Lupus follicularis disseminatus gestellt hatte, wurden zur Sicherung der Diagnose 3 Knötchen zur histologischen Untersuchung exzidiert.

Über den weiteren Verlauf ist zu berichten:

Pirquet deutlich positiv; auf Tuberkulin alt 0·0002, 0·0005, 0·001 keine Allgemein-, keine Lokalreaktion; 0·003, 37·8 keine Allgemein-, keine Lokalreaktion; weitere Injektionen konnten aus äußeren Gründen nicht gemacht werden.

Die Behandlung bestand in Kauterisierung der einzelnen Knötchen mit dem Galvanokauter in mehreren Sitzungen. Die Narbenbildung war recht zufriedenstellend.

Vor kurzem sahen wir den Patienten wieder; an Stelle der früheren Knötchen sind wenig tiefe Narben getreten. Neue Knötchen sind nur in ganz geringer Anzahl wieder aufgetreten.

Der histologische Befund war im großen und ganzen bei allen drei exzidierten Knötchen derselbe. In der Kutis, bis an des Epithel mit seiner Peripherie heranreichend, befindet sich ein scharf umgrenzter Knoten, von kugeliger Form, der in seiner Mitte eine große Nekrose enthält, um die sich kranzartig kleinere, zellige Knötchen gruppieren. In der fädigkörnigen Nekrose des Zentrums lassen sich Kerne nicht mehr nachweisen, wohl aber finden sich in den äußeren Schichten bei v. Gieson-Färbung noch kollagene Fasern. Die Färbung auf elastische Fasern bringt im Zentrum der Nekrose noch deutlich elastische Fasern zur Darstellung, deren Anordnung sie mit großer Wahrscheinlichkeit als Reste von Schweißdrüsen erkennen läßt.

Die Knötchen der Peripherie bestehen im Wesentlichen aus Epitheloidzellen, um die herum, nur spärlich nach innen zu, etwas reichlicher dagegen in der Peripherie, sich Lymphozyten-Ansammlungen befinden, denen auch vereinzelt gelappt-kernige Leukozyten beigesellt sind.

Das schon erwähnte stärker entwickelte kollagene Gewebe in der Peripherie der zentralen Nekrose, das hier auch Kerne und Zerfallsprodukte von solchen enthält, erstreckt sich mit Ausläufern septenartig zwischen die Knötchen hinein. In einzelnen Knötchen finden sich gar nicht selten größere und



kleinere Riesenzellen mit zahlreichen typischen, wandständigen Kernen; diese Riesenzellen liegen meist exzentrisch in dem epitheloiden Teil der kleinen Knötchen. In anderen Knötchen wiederum sind die Kerne blasser gefärbt, oder auch geschwunden und an ihrer Stelle ist in der Mitte des Knötchens bereits eine kleine fädige Nekrose getreten. Mit Ausnahme der bereits erwähnten, im Zentrum der Nekrose beschriebenen elastischen Fasern lassen sich in dem ganzen Gebilde sonst keinerlei elastische Fasern oder Reste von solchen mehr nachweisen; auch ist über Anordnung und Menge der elastischen Fasern in der Umgebung besonderes nicht zu vermerken. Abgesehen von einigen unbedeutenden Rundzellen-Infiltrationen zeigen die benachbarten Gefäße keinerlei Veränderung. Der Papillarkörper ist über der Neubildung verstrichen, das Epithel erheblich verschmälert, zeigt aber an keiner Stelle einen Defekt.

In allen drei exzidierten Knötchen befindet sich das Knötchen stets in unmittelbarer Nachbarschaft eines Follikel apparates. Jedoch konnte kein Gebilde desselben als das eigentliche Zentrum oder gar als der Ausgangspunkt der Veränderung angenommen werden. Allerdings umschloß der Knoten, wie ich in Serienschnitten nachweisen konnte, in einem segmentalen Abschnitte den Haarschaft, doch anscheinend sekundär. Daß speziell nicht eine Talgdrüse das Zentrum dieser entzündlichen Neubildung war, glaube ich aus vergleichenden Untersuchungen über das Verhalten der elastischen Fasern um Talg- und Schweißdrüsen schließen zu dürfen. Etwa 60—70 Schnitte wurden auf Tuberkelbazillen gefärbt, ein Teil davon mit den neueren Färbemethoden auch nach der Muchschen granulären Form durchsucht; es konnten in keinem Schnitte Tuberkelbazillen gefunden werden.

Zusammenfassend läßt sich über den histologischen Befund, von dem ich ein Mikrophotogramm beifüge, sagen, daß nach Anordnung und Aussehen der einzelnen zelligen Elemente der Knötchen und nach Art der Nekrose alle Anforderungen für das schulmäßige Bild der Tuberkulose erfüllt sind.

Zweifelsohne ist, wie auch unser Fall beweist, der Lupus follicularis disseminatus als ein klinisch und anatomisch wohl charakterisiertes und gut abgrenzbares Krankheitsbild aufzu-



fassen und dieser Auffassung wird auch in allen neueren Lehrbüchern der Dermatologie (Jarisch. Jadassohn u. a.) Rechnung getragen. Indes gibt es doch Erkrankungen, die, vor allem wegen des knötchenförmigen Aussehens und der Lokalisation im Gesicht, dem Lupus follic. in hohem Grade klinisch gleichen, und es sind auch in der Tat pathogenetisch und anatomisch vollkommen differente Fälle vielfach mit dieser Erkrankung verwechselt und Fälle ihr zugerechnet worden, die eine Angliederung keineswegs gestatten. Diese Frage ist von verschiedener Seite aus schön erörtert worden, und mit am meisten diskutiert wurden die Fälle, die Kaposi als Akne teleangiektodes bezeichnete. Bekanntlich hat ja Kaposi die tuberkulöse Natur dieser Fälle bis zuletzt geleugnet, sie aber wohl mit den von Finger in der Wiener dermatologischen Gesellschaft als Lupus follicularis disseminatus demonstrierten Fällen identifiziert. Hiernach hielt sich Finger, wie er neuerdings (Medizinische Klinik 1909, Nr. 35) ausführt, wiederum für berechtigt, besonders, nachdem er für einen seiner Fälle die tuberkulöse Natur nachgewiesen hatte, die Acne teleangiektodes Kaposis mit dem Lupus follic. T. Fox zu identifizieren. und sie im Gegensatz zu Kaposi der Hauttuberkulose zuzuzurechnen. Dieser Auffassung tritt Jesioneck entgegen an Hand eines Falles, der, wie ausgeführt wird, mit den Kaposischen Fällen von Acne teleangiektodes völlig übereinstimmte; Tuberkelbazillen seien nicht gefunden worden, der Tierversuch sei negativ ausgefallen. Histologisch ergab sich ein entzündliches Granulationsgewebe mit Lymphoid-, Epitheloid- und Riesenzellen, „aber ohne jede typische Anordnung, so daß an Tuberkelbildung gar nicht gedacht werden konnte". Jesioneck rechnete, wie schon betont, seinen Fall der Acne teleangiektodes zu und schließt sich der Auffassung Fingers von der Identität des Lupus follic. und der Acne teleangiektodes durchaus an; aber unter Bezugnahme auf seinen Fall glaubt er die tuberkulöse Natur der Erkrankung ablehnen zu müssen.

Sehr eingehend beschäftigt sich auch W. Pick mit den erwähnten Kaposischen Fällen. Unter genauer Schilderung zweier Beobachtungen bespricht er noch einmal das Krank-

heitsbild der Acne teleangiektodes, insbesondere auch den histologischen Befund und betont in sehr entschiedener Weise dessen weitgehende Unterschiede von tuberkulösem Gewebe. Unter Berücksichtigung der in der Litteratur niedergelegten Fälle kommt er zu dem Schlusse, daß die Acne teleangiektodes Kaposis eine Erkrankung sui generis sei, die man nicht mit dem Lupus follicularis identifizieren könne, die überhaupt keinerlei ätiologische Beziehungen zur Tuberkulose habe; dagegen sei die Acne teleangiektodes identisch mit der Aknitis Barthelemys.

Wir müssen den Ausführungen Picks in mehr als einer Beziehung beistimmen, zumal auch wir vor nicht allzulanger Zeit Gelegenheit hatten, einen Kranken zu beobachten, der das gleiche Krankheitsbild darbot, wie es Pick bei seinen beiden Fällen schildert. Übereinstimmung herrschte bezüglich der Lokalisation der Erkrankung im Gesicht und am Hals, Farbe und Größe der Effloreszenzen, deren teilweisem spontanen Zurückgang und teilweisem Übergang in Suppuration, insbesondere aber auch bezüglich des histologischen Befundes; es handelte sich auch in unserem Falle um Granulationgewebe, das wohl alle Elemente des Tuberkels aufwies, das aber in jeder Beziehung den typischen Aufbau des Tuberkels vermissen ließ. Wir stimmen deswegen Pick durchaus bei, daß weder der klinische Aspekt, noch der Verlauf, noch gar der mikroskopische Befund dieses Krankheitsbildes eine Identifizierung mit dem Lupus follicularis gestatte, wohl aber eine Angliederung an die von Barthelemy als Aknitis bezeichneten Fälle zulasse; auch sind wir der Ansicht, daß die Kaposischen Fälle diesem Krankheitsbilde viel näher stehen als dem Lupus follic.; vor allem aus dem Grunde, weil die, allerdings recht wenig eingehend geschilderten, mikroskopischen Befunde der Kaposischen Fälle das Vorhandensein typischen tuberkulösen Gewebes vermissen lassen, eine Forderung, die, wie wir weiterhin sehen werden, für alle „echten" Fälle von Lupus follicularis unerläßlich ist. Bezüglich des ersten dieser Fälle könnte vielleicht in klinischer Hinsicht noch an eine weitgehende Ähnlichkeit mit Lupus follicularis gedacht werden, obwohl der nur kurz angedeutete mikroskopische Befund in

erheblicher Weise von dem bei den anderen Fällen von Lup. follic. mitgeteilten differiert. Bezüglich des zweiten Falles spricht m. E. schon der Verlauf, die Polymorphie der einzelnen Effloreszenzen, die an einigen beobachtete eitrige Einschmelzung, ganz abgesehen von der beim Lup. follic. im allgemeinen nicht beobachteten Lokalisation an den Extremitäten, klinisch gegen eine Angliederung an diese Erkrankung. Histologisch entsprechen beide Fälle aber durchaus den von Pick erhobenen Befunden, die auch wir in dem erwähnten Falle feststellen konnten. Dieser Befund unterscheidet sich so sehr von dem mikroskopischen Befund bei den „echten" Fällen von Lup. follic., daß wir es wohl verstehen können, wenn Kaposi die tuberkulöse Natur der Acne teleangiektodes und des von ihm damit identifizierten Lup. follic. nicht anerkennen wollte.

Damit dürfte auch der Fall Jesionecks vom Lupus follicularis abzugrenzen sein.

In Zweifel gezogen wegen seiner Zugehörigkeit zum Lupus follic. wurde dann auch vielfach der Fall Besniers. Dieser Fall, der besonders wichtig ist, weil er ein positives Impfresultat ergeben hat, betraf allerdings ein Kind, bei dem nach Masern im Gesicht eine Affektion auftrat, die klinisch vollkommen analog war dem Lup. f. d., histologisch typisch tuberkulöses Gewebe aufwies, und wie gesagt, im Tierversuch auch ein positives Impfresultat ergeben hat. Es ist allerdings nicht unwahrscheinlich, daß der Fall Besniers eher der von Leichtenstern, Tobler, Doutrelepont, Du Castel und anderen als Lupus miliaris und zuletzt von Vereß als Lupus vulg. postexanthematicus beschriebenen Form zuzurechnen ist. Indes ist m. E. dieses Krankheitsbild außerordentlich nahe verwandt, wenn nicht vollkommen übereinstimmend mit dem Lupus follicularis.

Ein Teil der Fälle, besonders die, bei denen ein genauer mikroskopischer Befund nicht verzeichnet ist, stellen naturgemäß der Prüfung bezüglich ihrer Zugehörigkeit große Schwierigkeiten entgegen; sie müssen bei den nachfolgenden Betrachtungen ohne weiteres ausscheiden.

Die Frage, ob der Lup. follic. eine echte tuberkulo-bazilläre Erkrankung der Haut oder ein Tuberkulid darstelle, ist verschiedentlich erörtert worden. Tilbury Fox, der das Krankheitsbild zuerst beschrieben hat, ist von der echt tuberkulösen Natur vollkommen überzeugt. Hutchinson schlägt für die Erkrankung den Namen Acne lupus vor und spricht offen aus, daß der Acne lupus eine Abart des Lupusvulgaris sei und nicht des Lupus erythematosus. Von den nachfolgenden Autoren hat keiner die tuberkulo-bazilläre Natur des Lupus follicularis bezweifelt, im Gegenteile haben sich alle, ich nenne nur mit Namen Jadassohn und Finger, offen für sie ausgesprochen. Der erste, der den Lupus follicularis in Beziehung zu den Tuberkuliden brachte, war Saalfeld. Er ist zwar auch für den lupösen Charakter eingetreten, glaubt aber, daß der Lupus follicularis vielleicht geeignet sei, „einiges Licht zu werfen auf die Beziehungen, die zwischen dem Lupus vulgaris und dem Lupus erythematodes bestehen, indem er das anatomische Verbindungsglied zwischen beiden Formen darstelle". Dieses Bindeglied erblickt Saalfeld in der beide Krankheitsprozesse, den Lupus follicularis und den Lupus erythematodes begleitenden Seborrhoe. Ohne hier auf die Frage der Zusammengehörigkeit des Lupus vulgaris und des Lupus erythematodes näher eingehen zu wollen, sei nur darauf hingewiesen, daß eine Seborrhoe nur in vereinzelten Fällen beim Lupus follicularis angegeben ist, in der Mehrzahl der Fälle, auch bei unserem Kranken, völlig fehlte. Auch Bettmann und Jadassohn widersprechen der Ansicht von dem Zusammenhang, bzw. der prädisponierenden Bedeutung der Seborrhoe für unser Krankheitsbild. Bettmann hat in seiner Besprechung des Lupus follicularis die Ausführungen Saalfelds eingehend beleuchtet, auch bezüglich der Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematosus. Nach Bettmanns Ansicht kämen nur die disseminierten Formen der letzteren Erkrankung für Beziehungen zwischen dem Lupus follic. und dem Lupus erythem. in Betracht, und mit Recht weist Bettmann darauf hin, daß hierfür jede anatomische Übereinstimmung fehle.

Bezüglich des Jesioneckschen Falles von Acne teleangiektodes, durch den ebenfalls die tuberkulo-bazilläre Natur



des Lupus follicularis in Frage gestellt werden soll, brauche ich nur auf das, was ich oben gesagt habe, zu verweisen.

In besonders eingehender Weise, ob bazilläre Tuberkulose der Haut oder Tuberkulid, hat sich Bettmann mit dem Lupus follicularis in seiner ersten Arbeit beschäftigt. Nach einer genauen Besprechung und eingehenden Sichtung der beschriebenen Fälle kommt er zu dem Schlusse, daß der Lupus follicularis mit größter Wahrscheinlichkeit als eine echte tuberkulöse Erkrankung der Haut betrachtet werden darf. Die Einreihung unter die Tuberkulide lehnt er ab. Und schon ein Jahr später konnte er unter Mitteilung eines zweiten Falles, bei dem es ihm gelang, Tb.-Bazillen nachzuweisen, die tuberkulo-bazilläre Natur des Lup. follic. als erwiesen ansehen.

Juliusberg bespricht in einer Arbeit aus der Neisserschen Klinik die Beziehungen zwischen den Tuberkuliden und den disseminierten Hauttuberkulosen. Ausgehend von der gewiß nicht zu bestreitenden Tatsache, daß auch beim Lupus vulgaris gar nicht zu selten Fälle beobachtet wurden, bei denen man eine Entstehung auf hämatogenem Wege annehmen müsse, glaubt er die Zollikofferscher Bezeichnung der Tuberkulide als hämatogene Turberkulosen erheblich einschränken zu müssen. Speziell beim Lupus vulgaris kämen Formen vor, die als disseminierte bazilläre Tuberkulosen zu bezeichnen seien, die Fälle von Lupus vulgaris dissemin. und die als Lup. follic. dissiminatus bezeichneten. Speziell bei der letzteren Form spreche das gleichzeitige schubweise Auftreten der zahlreichen Knötchen für eine Entstehungsweise auf dem Zirkulationswege. Zusammenfassend kommt Juliusberg zu dem Schlusse, daß es neben den sicher bekannten in Exanthemform auftretenden typischen Hauttuberkulosen, nämlich den oben zusammengestellten Formen des Lup. vul. dissem., wozu auch der Lup. follic. dissem. gehört, eine Gruppe besonders guartiger Exantheme besteht, der sogenannten Tuberkulide, die durch ihre Benignität und ihr spontanes Abheilen charakterisiert sind, die lokal stets eine günstige Prognose geben und deren Bedeutung vor allem darin liegt, daß sie, da sie sekundäre Infektion oder Intoxikation von einem oder mehreren tuberkulösen Herden her darstellen, uns so diagnostische Rückschlüsse auf diese gestatten.



Schließlich sei auch hier noch die Ansicht Jadassohns angeführt, der glaubt, daß es sich um eine hämatogene Tuberkulose handle, bei der gar kein Grund vorliege, an eine Tuberkulo-Toxinwirkung zu denken.

Wir sehen also, daß nach Ausschluß aller der Fälle deren Zugehörigkeit zum Lupus follic. mit Recht angezweifelt, und auch teilweise abgelehnt worden ist, wohl verschiedentlich an einen Zusammenhang oder an Beziehungen zu den Tuberkuliden gedacht worden ist, daß aber doch fast alle Autoren sich rückhaltslos für die echte tuberkulo-bazilläre Natur des Krankheitsbildes ausgesprochen haben. Diese sollte erst wieder in Frage gestellt werden durch Karl Herxheimer. Bei Demonstration zweier bereits von Cohn und Opificius beschriebener Fälle von Lupus follicularis dissem. auf dem Frankfurter Dermatologenkongreß vertritt Herxheimer die Ansicht, daß man es bei diesen Fällen von Lupus follicularis kaum mit einem Lupus zu tun hat, sondern am wahrscheinlichsten mit einer in das Gebiet der Tuberkulide gehörigen Affektion. Vielleicht stelle aber der Lupus follicularis, da einmal Tb.-Bazillen gefunden seien und auch ein positives Tierexperiment vorliege, eine Übergangform dar vom typischen Lupus zum Tuberkulid und zwar zum akneiformen Tuberkulid. Von den Momenten, die in seinen Fällen für diese Auffassung sprechen, führt Herxheimer an, negativer Bazillenbefund, negatives Tierexperiment, Gutartigkeit, disseminierte und symmetrische Ausbreitung, Bestehen einer anderweitigen tuberkulösen Erkrankung.

Gelegentlich eines Vortrages „Klinisches und Anatomisches zur Tuberkulose der Haut“ im Hamburger ärztlichen Verein spricht sich Delbanko in ähnlichem Sinne aus, indem auch er in dem Lupus follicularis einen Übergang zu den klassischen, bazillären Tuberkulosen der Haut erblickt, bei dem aber die Haut das tuberkulöse Gift (analog der Jod- und Brom-Akne) ausscheide und zwar würden nicht, wie er auf einen Einwand Simonds besonders betont, die Bazillen ausgeschieden, sondern deren Toxine. So bestechend diese Ansicht auf den ersten Blick auch sein mag, so dürfte sie doch für die weitaus größte Mehrzahl der Fälle von Lupus follicularis nicht

zutreffend sein, denn es lassen sich hier, wie ja auch die früheren Autoren fast alle anerkennen, eine Reihe zu gewichtiger Momente für die tuberkulo-bazilläre Natur der Affektion anführen.

Schon Bettmann und Schlaßberg haben allerdings darauf hingewiesen, daß in keinem der bis jetzt mitgeteilten Fälle von Lup. follic. dissem. alle „Kriterien für die tuberkulobazilläre Natur einer Hauterkrankung" in positivem Sinne nachgewiesen wären. Und es soll von vorneherein zugegeben werden, daß gerade die für die tuberkulöse Natur beweisendsten Argumente, der positive Bazillennachweis und das positive Tierexperiment beim Lupus follicularis nur in ganz vereinzelten Fällen erbracht worden ist. Wenn trotzdem fast von allen Seiten die Erkrankung als eine echte bazilläre Hauttuberkulose angesprochen wird, so ist diese Ansicht hauptsächlich durch andere, die tuberkulöse Natur einer Dermatose allerdings erst mittelbar beweisende Argumente, berechtigt. Indes sind nach Jadassohn diese anderen Kriterien nicht weniger wichtig und dürfen weder bei der klinischen noch bei der rein wissenschaftlichen Tätigkeit vernachlässigt werden. Es sind dies die Tuberkulinreaktion, der histologische Bau und die Kombination mit anderen sicher tuberkulösen Krankheiten.

Nur Finger, Schlaßberg und Bettmann ist es gelungen, Tb.-Bazillen in den erkrankten Teilen nachzuweisen. Finger fand in Schnitten aus zwei verschiedenen Knötchen je einen Tuberkelbazillus. Schlaßberg und Bettmann konnten dagegen in Schnittpräparaten keine Tb.-Bazillen nachweisen, dagegen gelang es jedem von ihnen im ausgekratzten und zwischen 2 Objektträger verriebenen Gewebe einzelner Knötchen Tb.-Bazillen aufzufinden. Gegen die Bedeutung der Funde dieser beiden Autoren ließe sich nach Jadassohn auch noch geltend machen, daß die Bazillen, „ohne im Augenblick der Untersuchung ins Gewebe eingedrungen zu sein, vielleicht an der Oberfläche sich befunden hätten, wohin sie auf irgend einer Weise gelangt wären, sei es von einem anderswo lokalisierten Bazillenherd des Kranken, sei es von irgendwoher aus der Außenwelt." Die Möglichkeit einer derartigen Annahme muß unter allen Umständen zugestanden



werden. Wir hätten dann nur in einem einzigen Falle den positiven Befund von Tb.-Bazillen beim Lupus follicularis zu verzeichnen. Dieser außerordentlich seltene Nachweis von Bazillen ist zum mindesten sehr auffällig, doch läßt sich neben der Tatsache, daß wir bei den Hauttuberkulosen im allgemeinen überhaupt nur spärliche Bazillenbefunde erheben können, für den mangelnden Nachweis beim Lupus follicularis noch anführen, daß immer nur ein außerordentlich kleines Quantum tuberkulösen Materials zur Untersuchung gelangt und demgemäß ein positives Ergebnis noch schwieriger als bei den anderen Formen zu erzielen ist. Vielleicht ist auch ein anderes, von verschiedenen Seiten schon betontes Moment für den negativen Befund von Tb.-Bazillen verantwortlich zu machen, daß nämlich der Lupus follicularis nur durch eine spärliche Anzahl von Bazillen hervorgerufen wird, worauf dann auch die Gutartigkeit und der milde Verlauf der Affektion in gewisser Beziehung zurückgeführt werden könnte.

Es ist neuerdings von anderer Seite aus darauf hingewiesen worden, daß vielleicht die Muchsche granuläre Form des Tuberkelbazillus für manche Art der Hauttuberkulose und auch der Tuberkulide von Bedeutung sein könne und daß man bei allen diesen Affektionen nachprüfen müßte, ob nicht die granuläre Form, die ja eine resistentere Form des Tb.-Bazillus darstellen soll, bei ihnen nachzuweisen wäre. Wie ich schon angeführt habe, konnte ich auch in den daraufhin gefärbten Schnitten die granuläre Form des Tb.-bazillus nicht nachweisen.

Mit diesem spärlichen Vorhandensein von Tb.-Bazillen in den Lup. follic.-Knötchen geht Hand in Hand das ebenso häufige Mißlingen des Tierversuches. Nur Besnier und Jadassohn hatten je ein positives Resultat zu verzeichnen. Besniers Fall, sowie positiver Impfversuch wird, wie wir schon oben sahen, von verschiedenen Seiten angezweifelt, und als nicht zum Lupus follicularis gehörig bezeichnet. Beweisend wäre dann nur der Fall Jadassohn, weil er außer dem positiven Tierversuch noch andere Beweise für die tuberkulobazilläre Natur aufweist.

Schon wesentlich häufiger als Tb.-Bazillennachweis und positives Tierexperiment finden wir eine positive Tuberkulin-



Reaktion verzeichnet. Die Tuberkulinprüfung wurde angewandt in den Fällen von Jadassohn, Finger, Bettmann, Schlaßberg, Pick (2 Fälle), Cohn und Opificius, Delbanco. Ein positives Resultat sowohl allgemeine wie lokale Reaktion trat auf in 7 von diesen 9 Fällen. Auffallend ist, daß in dem einen Falle Schlaßbergs, wo es ihm gelang, Bazillen nachzuweisen, die Reaktion nicht auftrat; er macht selbst hierauf aufmerksam, gibt aber zu bedenken, daß das negative Resultat der Tuberkulininjektion nichts beweise, da nach Jadassohn einige sicher tuberkulöse Hautleiden z. B. Tbc. verrucosa cutis relativ oft nicht reagierten. Alles in allem finden wir aber doch eine recht häufige positive Tuberkulinreaktion beim Lupus follicularis. In welcher Weise ist nun die positive Tuberkulinreaktion als ein Beweis für die bazilläre Natur einer tuberkulösen Hautaffektion anzusehen? Nach Neisser gehören alle diejenigen Affektionen, die auf Tuberkulin in typischer Weise reagieren, zur Tuberkulose, doch ist damit nicht gesagt, daß diese Affektionen tuberkulo-bazillärer Natur sein müssen. Neisser ist beispielsweise von der tuberkulösen Natur des Lichen scrophulosorum überzeugt, da er, wie alle anderen Formen der Tuberkulose auf Tuberkulininjektionen mit typischer lokaler Reaktion antwortet. (Deutsche Klinik.) Und doch sagt er an anderer Stelle, daß nicht alle Lichenknötchen, ja nur ein geringer Teil derselben durch direkten Einfluß des Tb.-Bazillus entstehe; dies Gros der Knötchen entstehe durch Einwirkung toxischer Substanzen. Und doch heben Neisser und seine Schüler Klingmüller und Juliusberg das stete Reagieren des Lichen scrophulosorum auf Tuberkulin besonders hervor. Jadassohn ist, wie wir ja schon angeführt haben, der Ansicht, daß auch solche Gewebsveränderungen lokal auf Tuberkulin reagieren können, in welchen lebende und propagationsfähige Tb.-Bazillen unseres Wissens nicht vorhanden sind, welche vielmehr durch abgestorbene Bazillen (oder selbst durch deren Stoffwechselprodukte, Klingmüller) hervorgerufen sind. Die positive Tuberkulinreaktion ist also zur Entscheidung der Frage, ob der Lupus follicularis eine bazilläre Tbk. sei oder nicht, nur in beschränktem Maße zu verwenden.



Von entscheidenderer Bedeutung für diese Frage ist dagegen m. E. der histologische Befund. Die histologische Untersuchung ist in mehr als $^2/_3$ aller Fälle vorgenommen worden und wir finden in allen verzeichnet, daß das histologische Bild alle die Elemente und Vorgänge aufgewiesen habe, die wir im allgemeinen bei der Tuberkulose, nicht nur der Haut, sondern auch der anderen Organe, vorzufinden gewohnt sind. Es dürfte überflüssig sein, hier die in den einzelnen Fällen erhobenen Befunde genau wiederzugeben, es wäre das eine fortwährende Wiederholung; es sei nur hervorgehoben, daß bereits der erste Beschreiber des Krankheitsbildes, Tilbury Fox, den mikroskopischen Befund als eine Zellneubildung bezeichnet, die der des gewöhnlichen Lupus gleicht. Die Angaben der anderen Autoren gipfeln alle in der Beschreibung von Riesenzellen, epitheloider Zellen und im Zentrum, die für den Tuberkel charakteristischen Veränderungen, bis zur ausgesprochenen Verkäsung. In keinem der Fälle handelte es sich nur um ein nicht weiter definierbares Granulationsgewebe, wir finden in allen Beschreibungen klar und deutlich die völlige Übereinstimmung mit dem bei der Tuberkulose vorhandenen Befunde ausgesprochen. Auch aus den beigefügten Abbildungen, von den bei unserem Kranken erhobenen mikroskopischen Befunden, ergibt sich das klassische Bild einer Tuberkulose; klarer und offensichtlicher kann uns kein Lupusknötchen das Bild eines Tuberkels ergeben. An und für sich beweist ja der typische histologische Bau noch nichts für die unmittelbare Entstehung durch Tuberkelbazillen und die Frage, ob nur virulente Tuberkelbazillen als solche den typischen Tuberkel hervorrufen können, oder ob auch abgestorbene oder gar die Stoffwechselprodukte der Bazillen eine Gewebeveränderung hervorrufen können, die wir als typisches tuberkulöses Gewebe bezeichnen, d. h. also, ob wir Tuberkel nur bei bazillären Hauttuberkulosen oder auch bei den Tuberkuliden antreffen, ist vielfach diskutiert worden und heute, wenn auch mit Vorbehalt, zu bejahen, wobei auf die Entstehungsmöglichkeit der Tuberkulide aus Toxinen zunächst nicht näher eingegangen werden soll. Aber der typische tuberkulöse Bau ist bei den Tuberkuliden immerhin selten, er ist nicht die Regel, sondern

die Ausnahme. Überblicken wir aber die mitgeteilten mikroskopischen Befunde bei Lupus follicularis, so ist hier in einer großen Zahl, fast in allen, über ein typisches tuberkulöses Gewebe berichtet und das gibt uns eine erhebliche Berechtigung, den Lupus follicularis, den echten bazillären Tuberkulosen zuzurechnen.

Was nun das letzte Moment für die tuberkulöse Natur einer Dermatose, das Zusammenvorkommen mit anderen, sicheren Manifestationen der Tuberkulose anbetrifft, so sind hierüber nur spärliche Mitteilungen in den einzelnen Fällen vorhanden. Hereditär war recht oft Lungentuberkulose nachweisbar; von anderen Formen der Tuberkulose wurden bei dem Krankheitsträger einmal Lungentuberkulose, einmal Lupus der Nase und des Gaumens, Periproctitis tbc. und einmal Erythema induratum Bazin. festgestellt. Unser Kranker zeigt sonst das Bild blühendster Gesundheit, weder in der Aszedens noch in der Deszedens ist etwas von Tuberkulose zu eruieren gewesen.

Doch ist diese Frage für die Erklärung unseres Krankheitsbildes kaum von Wichtigkeit; daß der Lupus follicularis mit der Tuberkulose in Zusammenhang zu bringen ist, wird von niemand bestritten. Eine Frage der Diskussion ist nur, ob er eine echte bazilläre Tuberkulose der Haut oder nur ein Tuberkulid sei. Bei Eintritt in eine entschiedene Erörterung über diese Frage wäre es wünschenswert, die Begriffe bazilläre Hauttuberkulose und Tuberkulid genau festzulegen. Bezüglich der ersteren Krankheitsform gibt Jadassohn eine Definition, der wohl nirgends widersprochen wird. Als Tuberkulose der Haut oder als tuberkulöse Erkrankungen der Haut bezeichnen wir alle diejenigen Veränderungen des Hautorgans, welche durch die Anwesenheit lebender Tuberkelbazillen am Orte der Erkrankung hervorgerufen werden.

Bezüglich der Tuberkulide ist bis heute eine allseitig angenommene Definition noch nicht gegeben. Wohl haben die unter den Namen Tuberkulide zusammengefaßten Krankheitsformen eine Reihe konstanter Eigentümlichkeiten, die von allen Autoren ihnen zugestanden werden. Aber bezüglich ihrer



Ätiologie herrscht heute weniger denn je eine Übereinstimmung. Die Toxinhypothese hat sicher ebenso viele Anhänger wie die Jadassohnsche Annahme, die Tuberkulide seien bedingt durch Bazillen, seien diese nun abgetötet oder auch nur Trümmer von solchen. Immerhin dürfte die Jadassohnsche Auffassung in Zukunft mehr Freunde gewinnen, denn dem positiven Bazillenbefund beim Lichen scrophulosorum gesellen sich in neuester Zeit auch solche beim papulo-nekrotischen Tuberkulid hinzu. Tobler und Leiner konnten, nachdem Philippson bereits in einem Falle positiven Bazillenbefund und Impfversuch zu verzeichnen hatte, in weiteren 4 Fällen durch gelungene Übertragung auf Meerschweinchen die tuberkulobazilläre Natur nachweisen. Den Einwand Moros, daß der Nachweis der Bazillen die toxische Natur nicht ausschließe, hält Leiner mit Recht für eine gezwungene Deutung, da ja auch der Nachweis von Bazillen in der Typhus-Roseola und bei Hautveränderungen im Verlaufe der Sepsis, die Erkrankungen als bazilläre Hautmetastasen anerkenne. Mit diesen zunehmenden Bazillenbefunden bei den Tuberkuliden kommt man tatsächlich fast in Versuchung, mit dem Namen Tuberkulid alle die mit Tuberkulose im Zusammenhang stehenden Dermatosen zu bezeichnen, bei denen der Bazillennachweis noch nicht, oder nur selten geliefert ist, und das Tierexperiment nicht oder nur selten gelingt, und die sich neben anderen Charakteristiken noch auszeichnen durch ihre Benignität und ihr spontanes Abheilen. Bei dieser Annahme könnte man auch den Versuch verstehen, den Lupus follicularis disseminatus den Tuberkuliden zuzuzählen. Es ist ja, wie wir sahen, in der Tat nur bei 3 Fällen dieser Erkrankung der positive Tuberbazillennachweis geglückt. Dieser seltene Befund, der auch in keinem Einklang zu bringen ist mit den doch konstant vorkommenden echt tuberkulösen Gewebsveränderungen, ist ja bei der tuberkulobazillären Annahme des Lupus follicularis sehr auffällig. Weniger befremdend würde der noch seltenere negative Tierversuch für uns sein; es ist doch leicht erklärlich, daß bei dem Sitze des Leidens im Gesicht immer nur minimales Material zur Verfügung steht, und daß andererseits bei der minimalen Größe der Einzeleffloreszenz



stets nur geringe Mengen eigentlich infektiösen Materials, selbst bei der Exzision mehrerer Knötchen, gewonnen wird. Man braucht dann noch nicht einmal das sehr naheliegende Argument zur Erklärung heranzuziehen, daß bei der relativen Benignität der Erkrankung nur wenige oder in ihrer Virulenz geschwächte Bazillen als ätiologischer Faktor in Frage käme. Allein das steht fest, und das ist das Wesentliche, unter der relativ kleinen Anzahl der mitgeteilten Fälle befinden sich drei, in denen der Bazillennachweis geglückt ist und wenn wir den Fall Besnier auch nicht berücksichtigen, doch noch ein Fall, bei dem ein positives Tierexperiment zu verzeichnen ist. Für 4 Fälle der Erkrankung ist also der Beweis erbracht, daß es sich tatsächlich um Dermatosen handelte, welche durch die Anwesenheit lebender Tuberkelbazillen am Orte der Erkrankung hervorgerufen wurden. Den eventuellen Einwand, daß das Vorhandensein am Orte der Erkrankung noch nicht eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung ausmache, muß auch ich als eine sehr erzwungene Deutung ablehnen. Es fällt doch auch sicher niemanden ein, den in einer luetischen Papel gefundenen Luesspirochaeten ihre ätiologische Bedeutung für diese Affektion abzusprechen.

Es besteht also keinerlei Veranlassung, den Lupus follicularis disseminatus den Tuberkuliden zuzurechnen, auch nicht, wenn man der Jadassohnschen Definition der Tuberkulide näher steht als der Klingmüllers, und ebensowenig ist ein Grund vorhanden, den Lupus follicularis disseminatus als eine Übergangsform zwischen dem typischen Lupus und dem akneiformen Tuberkulid zu bezeichnen. Wir glauben im Gegenteil, daß der Lupus follicularis eine echte bazilläre Hauttuberkulose ist, bei der uns namentlich das anatomische Bild in der typischen Form des Tuberkels reiner entgegentritt, wie bei jeder anderen Form der Hauttuberkulose.

Weniger eingehend als die Natur des Lupus follicularis wurde die Art der Entstehung des Leidens, ob hämatogen, ob ektogen besprochen. Obwohl nur in einer geringen Anzahl von Fällen, wie wir sahen, das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkulose anderer Organe festgestellt wurde, ist doch die Mehrzahl, man kann sagen fast alle, der Ansicht, daß es sich um eine endogene

Entstehung der Krankheit handle. Dieser Ansicht geben beispielsweise Jadassohn, Bettmann, Schlaßberg u. a. Ausdruck, wobei sie sich hauptsächlich auf die Art des Auftretens in Schüben beziehen. Bettmann kommt in seiner mehrfach zitierten ausführlichen Arbeit auf die Entstehung der Erkrankung zu sprechen; er ist der Ansicht, daß der Lupus follicularis in engste Beziehung zu bringen sei mit einer anderen Form der disseminierten Hauttuberkulose, mit dem auch von uns schon erwähnten Lupus vulgaris dissemin atus, wie er speziell bei Kindern im Anschluß an akute Infektionskrankheiten häufig auftritt und dementsprechend von Veress in einer gleich zu besprechenden Arbeit als Lupus vulgaris postexanthematicus bezeichnet wurde. Derartige Fälle sind von Du Castel, Philippson, Doutrelepont u. a. beschrieben, und sie zeigen, abgesehen von ihrer ausgedehnteren Disseminierung, — es können alle Körpergegenden befallen sein, — weder klinisch noch anatomisch einen Unterschied von dem Lupus follicularis disseminatus (Tillbury, Fox). Bezüglich dieses Krankheitsbildes sind fast alle Autoren, die zugehörige Fälle beschrieben haben, der Ansicht daß das Leiden auf hämatogenem Wege entstehe, in dem von irgend einem Bazillenherde im Körper her, die Bazillen auf dem Blutwege in die Haut gebracht würden. Diesen Vorgang macht Bettmann auch für die Entstehung des Lupus follicularis disseminatus faciei verantwortlich, mit der Einschränkung allerdings, „daß eine anatomische Stütze dieser Ansicht durch den Nachweis vermittelnder Gefäßveränderungen in der Umgebung der Herde des Lupus follicularis bis jetzt nicht geliefert worden sei".

Gegen die Auffassung einer hämatogenen Entstehung des Lupus disseminatus bzw. Lupus vulgaris postexanthematicus wendet sich, soweit ich die Literatur übersehe, nur Veress, der für alle diese Fälle den äußeren Infektionsmodus verantwortlich machen will, und zwar sowohl auf Grund der klinischen Erscheinungen als auch auf Grund des histologischen Befundes. Klinisch spreche dafür, daß die Krankheit fast nur bei Kindern im Anschluß an akute Exantheme, wo die zarte Kinderhaut zahlreiche Läsionen darbiete, auftrete, und selten bei den vielen anderen schwächlichen und tuberkulösen Kindern,

daß nur selten innere Organe metastatisch befallen würden, was bei hämatogener Infektion doch immerhin auffallend sei. Das histologische Bild lasse ebenfalls alle Anzeichen für eine hämatogene Entstehungsart vermissen; die Knötchen liegen oberflächlich, gleich unter dem Epithel, eine Beteiligung der Gefäße an der Erzeugung der Herde sei nirgends nachweisbar.

Anderer Ansicht bezüglich der Pathogenese des disseminierten Lupus ist Kraus. Kraus hat zwei typische Fälle von Lupus follicularis disseminatus genau beobachtet und beschrieben und konnte in einem Falle über Veränderungen an Gefäßen berichten, die den hämatogenen Infektionsmodus sehr erheblich stützen. Der Wichtigkeit halber seien seine Befunde ausführlich berichtet.

Es handelt sich um einen 25jährigen Menschen aus belasteter Familie mit typischem Lup. follic. dissem. im Gesicht; auf 0·005 *g* Alttuberkulin typische Allgemein- und Lokal-Reaktion. Histologisch fanden sich in der Kutis mehr oder weniger scharf begrenzte rundliche Krankheitsherde mit den zweifellosen Charaktern der Tuberkulose. Die Gefäße zeigten im allgemeinen überall eine entzündliche Einscheidung ihrer Hüllen, sonst nach keiner Richtung hin Bemerkenswertes. Nur an einer Arterie der Subkutis, die nirgends in der Umgebung von Granulationsgewebe begleitet war, fand sich an einer kleinen, im ganzen auf verhältnismäßig wenig Schnitte ausgedehnten Partie, eine knopfartige Vorwölbung in das Gefäß, welche dessen Lumen teilweise verlegte; sie bestand aus einem von epitheloiden Zellen und Lymphocyten gebildeten Granulationsgewebe, welche unter unverändertem Endothelbelag sitzend, von der Intima ausgegangen war und in dem Grade seiner allmählichen Ausdehnung unter Ruptur der Lamina elastica intimae gegen die media vordrängte, diese und die Adventitia vor sich herschiebend. In Form und Anordnung gleicht das Granulationsgewebe innerhalb des Gefäßes völlig dem in der Kutis auch sonst allenthalben anzutreffenden.

Auf Grund dieses hochinteressanten Befundes, der zum ersten Male beim Lup. follic. diss. erhoben wurde, glaubt Kraus eine anatomische Stütze für den hämatogenen Infektionsmodus unseres Krankheitsbildes gefunden zu haben. Er bezieht sich dabei auch noch auf Wolters, der bei einem Falle von Lupus nodularis die gleichen Tuberkel in der Intima von Gefäßen nachgewiesen hat, deren Entstehung auf hämatogenem Wege sicher nicht von der Hand zu weisen ist. Durch seinen Befund hält es Wolters für erwiesen, daß in seinem Falle der Lupus auf hämatogenem Wege entstanden sei, und



er ist weiter der Ansicht, daß für die multipel auftretenden Lupusherde, vor allem für die nach akuten Infektionskrankheiten, nur dieser Entstehungsmodus in Betracht komme. Dieser Ansicht schließt sich für die disseminierten Formen der Tuberkulose auch Heuk an, wenngleich er auch bei Bewertung der Intimatuberkel für den Entstehungsmodus des Lupus zur Vorsicht mahnt. Er betont besonders im Gegensatz zu Wolters, daß derartige Tuberkel unter Umständen den haematogenen Entstehungsmodus eines tuberkulösen Herdes auch vortäuschen können, indem sich Tuberkel in der Nähe von Gefäßen lokalisieren, bei geeigneter Disposition der Gefäßwände diese durchbrechen und nun auf dem Blutwege metastatisch verschleppt werden. Im Gegensatz zu Veress hält er jedoch bei der sogenannten postexanthematischen Form des Lupus dissem. an der hämatogenen Entstehung fest und glaubt einer multiplen Antoinokulation nicht beipflichten zu können.

Soweit wir die Literatur zu übersehen vermögen, ist also Veress der einzige, der es für erwiesen hält, daß die verschiedenen Formen des Lupus disseminatus durch Inokulation entstehen und bei einer kritischen Betrachtung seines Materials und seiner Argumente muß die Möglichkeit dieses Entstehungsmodus auch zugegeben werden. Insbesondere finden auch wir es zum mindesten sehr auffallend, warum bei fast allen beschriebenen Fällen das tuberkulöse Material gerade nach der Haut transportiert worden sein soll, während an den inneren Organen tuberberkulöse Erscheinungen nie oder doch nur vereinzelt wahrgenommen wurden.

Indes soll darauf zunächst nicht näher eingegangen werden. Wir haben diese Fälle von Lupus miliaris s. postexanthematicus hier nur angeführt, weil das Krankheitsbild klinisch und anatomisch mit dem des Lup. follic. diss. in mancher Beziehung übereinstimmt und weil wir glauben, für die Pathogenese des Lup. follic. in mancher Beziehung Aufschluß zu erhalten. Aber es stehen sich auch hier zwei Ansichten über die Entstehung, ob hämatogen, ob ektogen gegenüber. Für den Lup. follic. haben wir nun bei keinem Autor Angaben gefunden, daß die Erkrankung durch Inokulation entstanden sei, ja auch die Möglichkeit hierfür



wird nicht einmal angenommen. Und doch scheint mir nicht in allen Fällen diese Frage so kurzer Hand erledigt werden zu dürfen. In dem einen Falle von Kraus allerdings, in dem so interessante Gefäßbefunde erhoben worden sind, glauben wir den Beweis für die hämatogene Entstehung erbracht, denn er liefert auch die von Bettmann verlangte anatomische Stütze für die Ansicht der hämatogenen Entstehung. Aber dieser Befund ist nur in einem einzigen Falle erhoben worden und in den vielen anderen Fällen, die anatomisch gut untersucht worden sind, ist er überall vermißt worden. Ich brauche wohl nicht besonders zu betonen, daß wir unsere Präparate in der eingehendsten Weise nach analogen Befunden durchsucht haben; auch in längeren Serien von Schnitten konnten wir niemals an den Gefäßen irgend eine Veränderung konstatieren, die den Krausschen Befunden entsprochen hätte. Nun würde ja der negative Nachweis dieser vermittelnden Gefäßveränderungen an und für sich nichts beweisen, denn es ist und bleibt mehr oder minder Glücksache, derartige Veränderungen, die sicher häufigér vorkommen als sie nachgewiesen werden können, gerade zu finden. Es ist doch auffällig, wie selten Befunde, wie sie Wolters und Kraus an Gefäßen erhoben haben, zur Beobachtung gelangen, während doch sicher ein gar nicht unbeträchtlicher Teil tuberkulöser Erkrankungen der Haut auf hämatogenem Wege entstehen. Es kann also das Fehlen der tuberkulösen Gefäßveränderungen nicht gegen die hämatogene Entstehungsart angeführt werden; wohl aber können für diese zwei klinische Momente in Betracht kommen, einmal das schubweise Auftreten und dann das Zusammentreffen mit Tuberkulose anderer Organe. Nur ist aber weder das eine noch das andere dieser Momente bei den mitgeteilten Fällen immer beobachtet worden. Die Mitteilungen über das Auftreten in Schüben sind gar nicht häufig, in der Mehrzahl der Fälle entwickelte sich das Leiden nach und nach, oft erst im Verlaufe mehrerer Monate. Ebenso selten sind auch die Mitteilungen über gleichzeitig bestehende anderweitige Tuberkulose; während in der Aszendens relativ oft das Vorkommen von Tuberkulose angegeben wird, konnte nur in ganz wenigen Fällen gleichzeitig eine andere tuberkulöse Erkrankung beim



Patienten selbst nachgewiesen werden; im Gegenteil, es wird bei vielen Fällen betont, daß es sich um kräftige, im übrigen vollkommen gesunde Individuen handle; es finden sich auch in keinem der Fälle Angaben, ob späterhin eine andere tuberkulöse Erkrankung manifest geworden sei.

Es ist immerhin eine gezwungene Annahme bei einem Menschen, der keinerlei Anzeichen tuberkulöser Erkrankung eines Organs darbietet, eine tuberkulöse Hautaffektion, auch wenn sie multipel auftritt, für hämatogen entstanden zu halten. Die Tatsache, daß sich das Leiden ausschließlich im Gesicht lokalisiert, findet auch Jadassohn auffallend und unerklärlich; derartige Lokalisationsrätsel hämatogen entstandener Dermatosen seien wir gewöhnt. Aber ganz abgesehen von dieser strengen Lokalisation im Gesicht, warum ist nur die Haut befallen, warum verbreitet sich das Virus nicht auch über andere, namentlich innere Organe, wo ihm viel günstigere Lebensbedingungen geboten sind als in der Haut? Die Annahme, daß die inneren Organe auch nicht verschont blieben, daß aber ihre Affektionen latent verliefen, kann man doch nur als eine recht gezwungene bezeichnen. Wenn wir hier den von uns beobachteten Fall noch einmal näher betrachten, so ergibt er kaum einen Moment, das für die hämatogene Entstehung des Leidens bei ihm spräche. Ein junger Mann, weder in der Aszendens noch Deszendens tuberkulös belastet, in blühender Gesundheit; das Leiden tritt nicht schubweise, sondern nach und nach auf, innerhalb mehrerer Monate; keinerlei Störung des Allgemeinbefindens. Hier anzunehmen, das tuberkulöse Leiden, das nur auf den nicht mit Kleidung bedeckten Teil des Körpers — das Gesicht — beschränkt ist, sei von einem inneren tuberkulösen Herde aus durch Verbreitung des Infektionsmaterials auf dem Blutwege hervorgerufen, ist gewiß nicht ungezwungen. Es sei die Tatsache ohne weiteres zugegeben, denn sie ist durch viele Beobachtungen bestätigt, daß ein anscheinend völlig gesunder Mensch doch irgendwo einen versteckten tuberkulösen Herd habe. Ist es nicht ebenso leicht erklärlich, daß bei unserem Kranken das Leiden durch Inokulation von außen entstanden sei; er gibt uns für die Möglichkeit einer solchen Entstehung in der Anamnese die besten



Angaben. Früher habe er gesunde, kräftige Bauernkinder zu unterrichten gehabt und zur Zeit des Auftretens seiner Krankheit habe er Proletarierkinder vor sich gehabt, die ihn häufig angehustet hätten, und die durch ihr Aussehen und ihr Husten auch dem Laien ihre tuberkulöse Lungenerkrankung schon offenbarten. Wäre es also nicht möglich, daß bei unserem Kranken die Infektion von außen durch — sagen wir — Tröpfcheninfektion vom Munde phthisischer Kinder erfolgt sei. Wir sind uns wohl bewußt, daß sich der Beweis für diese Entstehungsmöglichkeit nur schwer oder überhaupt nicht erbringen läßt. Aber die Möglichkeit besteht, sie wird auch von Jadassohn zugegeben: „Es muß die Möglichkeit offen gelassen werden, daß auch durch unverletzte Haut (Talg-, Schweiß-, Milchdrüsen) die Bazillen eindringen können. Auch die verschiedensten Hauterkrankungen spielen eine unzweifelhaft große Rolle bei der tuberkulösen Hautinfektion. Es wäre aber auch sehr wohl möglich, daß durch die Tröpfcheninfektion direkt Bazillen vom Munde der Phthisiker auf kleine Wunden der Haut gelangen und dort eindringen, resp. eingerieben werden."

Es soll hier nicht näher auf die Arbeiten eingegangen werden, die sich speziell mit diesen Fragen der Hautinfektion beschäftigen. Die Möglichkeit für eine derartige Inokulation wird für alle Formen der Tuberkulose zugegeben und muß auch für den Lupus follicularis zugestanden werden, gleichviel, ob man eine Akne oder eine andere Dermatose als prädisponierendes Moment für diese Erkrankung ansieht. Der Beweis hiefür fehlt allerdings noch und kann auch in unserem Falle nicht erbracht werden. Für die hämatogene Entstehung ist meines Erachtens durch die histologischen Befunde von Kraus der Beweis erbracht worden und sie dürfte auch für viele Fälle, wo der Beweis durch die vermittelnden Gefäßveränderungen nicht zu erbringen ist, trotzdem anzunehmen sein. Aber auch die Möglichkeit einer Infektion von außen — so selten sie auch sein mag — muß zugestanden werden. Es dürfte deswegen bezüglich der Entstehung des Lupus follicularis disseminatus auch heute noch der Standpunkt berechtigt sein, den Touton in seinem Referate über die Akne auf dem VI. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft eingenommen

hat. Dieser Standpunkt, daß es sich in einem Teile der Fälle um eine Infektion von außen her, im anderen Teile um eine Infektion von einem im Inneren gelegenen tuberkulösen Herde aus handle, ist auch heute noch aufrecht zu halten, gleichviel, ob hiefür das Bestehen einer Akne vulgaris nötig ist, oder ob man dieser oder irgendeiner anderen Dermatose jegliche Bedeutung als prädisponierendes Moment abspricht.

Literatur.

Bettmann. Lupus follicularis diss. Brauers Beiträge zur Tuberkulose. Bd. I.

— Über akneartige Formen der Hauttuberkulose. Deutsche mediz. Wochenschr. 1904. Nr. 18.

Cohn und Opificius. Über Lupus follic. dissem. Arch. f. Derm. Band XC.

Delbanco. Klinisches u. Anatomisches zur Tuberkulose d. Haut. Wiener mediz. Wochenschr. 1909. Nr. 35. p. 1818.

Doutrelepont. Arch. f. Dermat. Bd. XXIX.

Finger. Über Lupus follic. dissem. Wiener klin. Woch. 1897.

— Zur Ätiologie u. Klinik der Tuberkulide. Med. Kl. 1909. Nr. 35.

Herxheimer. Kongr. d. deutschen dermat. Ges. Frankfurt 1908.

Heuck. Über tumorbildenden Lupus. Arch. f. Derm. Bd. LXXXII.

Jadassohn. Die Tuberkulose der Haut. Mračeks Handbuch.

Juliusberg. Über Tuberkulose und disseminierte Hauttuberkulosen. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. inn. Mediz. u. Chir. Bd. XIII.

Jesioneck. Ein Fall von Acne teleangiectodes. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1901. Bd. LXIX.

Kaposi. Über einige ungewöhnliche Formen von Akne. Archiv f. Dermatol. Bd. XXVI.

Kraus. Beitrag zur Klinik und Pathogenese des Lupus follicularis. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XLV.

Leiner. Die bazilläre Ätiologie des papulo-nekrotischen Tuberkulides. Naturforschertag Cöln 1908. Pädiatrische Abteilung.

Neisser. Die tuberkulösen Hauterkrankungen. Deutsche Klinik.

Pick, W. Zur Kenntnis der Acne teleangiectodes. Arch. f. Derm. Band LXXII.

Philippson. Zwei Fälle von Lupus vulgaris disseminat. Berliner klin. Wochenschr. 1892. Nr. 15.

Saalfeld. Über Lupus follic. Dermat. Zeitschr. Bd. VIII. Heft 3.

Schlassberg. Zwei Fälle von Lupus foll. diss. A. f. D. Bd. LXXIV.

Tobler. Disseminierte Hauttuberkulose. Jahrb. f. Kinderheilk. 1904.

Touton. Referat über Akne. VI. Kongr. d. Deutschen derm. Ges.

Veress. Über Lupus postexanthematicus. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XL.

Wolters. Über einen Fall von Lupus nodularis hämatogenen Ursprungs. Arch. f. Dermatol. Bd. LXIX.

Die Eklärung der Abbildungen auf Taf. VIII ist dem Texte zu entnehmen.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten auf der 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr.

vom 18. bis 24. September 1910.

Von

Dr. **Fritz Juliusberg** (Posen).

Eröffnet wurde die Sektion für Dermatologie und Syphilidologie durch eine Begrüßungsansprache von Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Caspary. Derselbe wies auf die Fortschritte der Dermatologie seit der letzten Tagung der Naturforscher in Königsberg vor 50 Jahren hin. Er erwähnte die durch Hebra, Pick, Auspitz und Kaposi seit dieser Zeit eingeleiteten Fortschritte der dermatologischen Wissenschaft. Die Entdeckung des Gonokokkus durch A. Neisser, die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn, die Entdeckung der Serumdiagnostik durch Wassermann, und jetzt die gewaltigen Fortschritte in der Therapie der Syphilis, die wir Paul Ehrlich verdanken, haben eine Umwälzung in der Bewertung, der Diagnostik und der Behandlung der Geschlechtkrankheiten hervorgerufen. Er wünscht, daß auch die jetzige Tagung weiter die Wissenschaft fördere und reiche Früchte trage.

Erste Sitzung. Montag nachmittags, den 19. September 1910.

1. **Petersen** (St. Petersburg). Über die Verbreitung des Lupus vulgaris in Rußland.

Die Behandlung des Lupus vulgaris hat unter dem Einflusse der Arbeiten Finsens ganz neue Bahnen eingeschlagen. P. nennt als besonders verdienstvoll um die Fortschritte in der Lupusbekämpfung die Bestrebungen von Lang, Neisser und Althoff. Durchaus notwendig ist es, sich ein klares Bild zu verschaffen über die Verbreitung des Lupus in den einzelnen Ländern. Die Statistiken aus den einzelnen Städten genügen nicht, da sich ja das Lupusmaterial dort häuft, wo Kranken-

häuser und Kliniken sich mit ihrer Behandlung speziell beschäftigen. P. hat zur Feststellung der Verteilung des Lupus in Rußland einen anderen Weg eingeschlagen. P. hat das Material der Rekrutenaushebungen statistisch verwertet. In den drei Jahrgängen, die er beobachtete, wurden zusammen 4500 junge Leute wegen Lupus von der Dienstpflicht befreit. Zu gleicher Zeit wurden 20.000 wegen Lungentuberkulose als militäruntauglich befunden. Der Lupus vulgaris hat eine sehr unregelmäßige Verteilung, deren Ursachen sich nicht deuten lassen. Jedenfalls ist seine Verteilung unabhängig von Klima und Bodenverhältnissen. Er ist vor allem eine Krankheit der landwirtschaftlichen Bevölkerung. Es ist sehr wahrscheinlich, nimmt Petersen im Einklang mit den neueren dänischen Arbeiten an, daß der Lupus vulgaris durch den Rinderbazillus verursacht wird.

2. **Galewsky** (Dresden). Demonstrationen.

1. G. berichtet an der Hand einer Moulage über 2 Fälle von Erythrodermia exfoliativa congenita. Die Erkrankung, die zuerst von Sangster 1895 als „A case of congenital exfoliation of the skin" beschrieben wurde, ist dann von Brocq 1901, von Rasch und zuletzt von Schonnefeld im Jahre 1910 beschrieben worden. Sie besteht in einer allgemeinen Rötung und Schuppung der Haut; auf der weichfaltigen, gefelderten Haut ist eine diffuse Abschilferung zu sehen, das Gesicht ist auffallend gelbrot bis kupferrot (Indianerfarbe), die Nägel sind stark gekrümmt und verdickt und die Haut an den Händen und den der Luft ausgesetzten Partien stark trocken und leicht schuppend. Rasch hat diese Erkrankung, die mit Verdünnung der Epidermis und Gefäßvermehrung im Korium einhergeht, als eine der Ichthyosis verwandte Parakeratose angesehen. V. hat 2 Fälle bei jungen Mädchen gesehen, die seit der Geburt bestehen und die die charakteristischen Merkmale der Krankheit zeigen. Er demonstriert einen Arm, an dem die Rötung und Schuppung deutlich zu sehen war. Die Erkrankung ist so gut wie unbeeinflußbar, sie wird durch Bäder und Salizylsalben mit Ichthyol wohl gebessert, aber nicht geheilt.

2. Demonstration zweier Moulagen von Erythrodermia desquamativa (Leiner). G. beschreibt 3 Fälle von E. d., die er in der letzten Zeit gesehen hatte. Der erste Fall betrifft ein 8 Monate altes Kind, welches im Dresdner Säuglingsheim lag und unter schweren Erscheinungen verstarb. (Der Fall wird eingehend von Dr. Welte aus dem Dresdner Säuglingsheim publiziert werden.) — Die beiden anderen Fälle betreffen Zwillinge von $^1/_2$ Jahre, bei denen die Erkrankung gutartiger Natur war und jedenfalls mit Darmstörungen zusammenhing. Sie heilten von dem Moment an ab, wo anstatt der Vollmilch die Milch mit $^2/_3$ Flüssigkeit verdünnt wurde. Die Lokalbehandlung bestand in Schwefelbädern, Ichthyol und Hebrasalbe. V. bespricht eingehend die Differentialdiagnose zwischen der Erythrodermia desquamativa und der Ritterschen Dermatitis exfoliativa, die er mit Knöpfelmacher und Leiner als im Zusammenhang mit Pemphigus neona-

torum stehend ansehen möchte. Der Unterschied zwischen dieser Erkrankung und der Erythrodermie besteht darin, daß bei der ersteren Exsudation und Loslösung der Epidermis, bei der zweiten eine leichte Entzündung der Haut und Desquamation stattfindet. — V. hat im ganzen 6 Fälle dieser Erkrankung gesehen.

3. Vortragender demonstriert die Moulage eines neuen (seines siebenten) Falles von Kraurosis penis, einer Erkrankung, von der er schon 6 Fälle in Köln besprochen hat. Er faßt dieselbe mit Delbanco als einen entzündlichen Prozeß auf, der unter Schwund der elastischen Fasern zur Atrophie der Haut führt.

4. G. demonstriert 3 Moulagen eines Falles, den er bereits 1907 in Dresden vorgestellt hat. Patientin litt im Jahre 1905 an einer starken ödematösen Schwellung der linken Wange, die, als kleiner Punkt anfangend, von den Augenbrauen um das linke Auge herum, ähnlich wie das chronische Erysipel, auftrat. Die Haut war derb, myxödemartig, lebhaft rotblau und derbteigig; sie ging innerhalb eines Jahres unter innerem und äußerem Gebrauch von Ichthyol zurück. V. hat die Patientin 1907 auf der Naturforscherversammlung vorgestellt als „Patientin ohne Diagnose"; der Fall wurde damals von Lassar und Werther als chronisches Erysipel aufgefaßt. Im Sommer 1908 trat ein Rezidiv auf, bestehend in derben Knoten am Kinn und auf der Stirn; gleichzeitig bestanden ebensolche derbe Knoten an der behaarten Stirngrenze rechtsseitig, die unter Lupus erythematodes ähnlicher Atrophie abzuheilen schienen. Die Affektion heilte dann unter Arsen innerhalb eines Jahres glatt ab. Die Haut ist jetzt nur leicht pigmentiert, an der behaarten Stirngrenze ist ein leichter atrophischer Glanz zu sehen. V. hält die Erkrankung (das exzidierte Stück ist leider zu oberflächlich, um mikroskopischen Aufschluß zu geben) für ein multiples benignes Sarkoid im Sinne Boecks, das alle Formen dieser Erkrankung zeigt (die großknotige, die kleinknotige und die flächenhaft infiltrierte). Der Fall wird eingehend veröffentlicht werden.

3. **Delbanco** (Hamburg):

a) Eine neue Tuberkulidform. Der V. demonstriert einen Patienten von 26 Jahren mit Tuberkulose der Lungen und der Lymphdrüsen. Die Haut zeigt in Gruppen auftretende kleinste Knötchen von tiefroter Farbe, welche mit einem Schüppchen bedeckt sind. Nach gewaltsamer Entfernung der Schüppchen bleibt ein kleinstes Ulkus. Sonst spontane Rückbildung der Knötchen mit restierender netzförmiger Atrophie der Haut; die Flecken sind von einem braunen Pigmentring umsäumt. In der Umgebung neue Knötchen.

b) Diphtheritisches Ulkus am Anus. Bei einem 17jährigen Menschen, der im gesunden Rachen Bazillen trägt, besteht ein tiefgreifendes diphtheristisches Ulkus am Anus. Hohes Fieber. Heilung unter Serum. Kontaktinfektion oder Fäzesinfektion? Für letzteres möchte sich Delbanco entscheiden. Der Fall gibt der Hygiene einen neuen Gesichtspunkt.



c) Kraurosis glandis et praeputii penis. Mittelst Photographien und Aquarellen erläutert D. die essentielle Schrumpfung der Vorhaut, die durch mikroskopische Bilder erhärtet wird.

d) Gilchrists Dermatose. Das fixierie Material und die histologischen Bilder eines Falles bei einem 1½jährigen Kind erläuterten das Krankheitsbild. Die multiplen Herde erinnern klinisch an den Lupus verrucosus; mikroskopisch sind sie ein oberflächliches Karzinom; vielfache Erweichungsherde, die Epithelien, Leukozyten und Gebilde umschließen, welche in Amerika fälschlich für Hefezellen gehalten wurden, tatsächlich degenerierte elastische Fasern darstellen.

Diskussion: Scholtz (Königsberg) erwähnt, daß die Diphtherie der Haut nicht allzuselten ist; besondere Prädilektionsstellen sind die Vulva und die Mundwinkel.

4. **Joseph** (Berlin). Über Triphenylstibinsulfid, ein neues Schwefelpräparat, und die Bedeutung des Schwefels in der Dermatologie.

Joseph berichtet über eine von dem Chemiker Dr. Kaufmann im Berliner Universitäts-Laboratorium synthetisch dargestellte organische Schwefelverbindung des Antimons, das Triphenylstibinsulfid.

Das Kaufmannsche Präparat besitzt eine Reihe sehr bemerkenswerter chemischer und physiologischer Eigenschaften, über die der Erfinder vor kurzem selbst eine ausführliche Arbeit veröffentlicht hat. Von diesen Eigenschaften ist für den Dermatologen von besonderem Interesse, daß das Triphenylstibinsulfid die Fähigkeit besitzt, den an seinen Aufbau beteiligten Schwefel außerordentlich leicht abzuspalten. Da derselbe hierbei in statu nascendi in Freiheit gesetzt wird, so kommt er zur Ausübung einer im hohen Grade gesteigerten Reduktionswirkung, die ja nach der Unnaschen Lehre von ausschlaggebender Bedeutung für die therapeutische Wirkung des Schwefels ist. Da das Präparat ferner durch ein großes Löslichkeitsvermögen in Ölen, wie z. B. Oliven- und Rizinusöl, ausgezeichnet ist, so wurde vermutet, daß sich mit demselben in der Dermatologie besondere therapeutische Effekte würden erzielen lassen.

Diese Voraussetzung hat sich bei den umfangreichen klinischen Versuchen bestätigt gefunden. Die Wirkung des Präparates wurde bei den verschiedensten Hautkrankheiten in einigen Hunderten von Fällen studiert und haben sich hierbei besonders für die Behandlung der Seborrhoen, der Alopecia seborrhoica und der Ekzeme wesentliche Vorteile gegenüber der bisher angewandten Therapie ergeben. Bei einzelnen Affektionen, wie z. B. beim akuten Ekzem und bei der Impetigo contagiosa haben sich sogar ganz überraschende Heileffekte gezeigt.

Auf Grund 1½jähriger praktischer Erfahrungen und Beobachtungen hat J. den Eindruck gewonnen, daß das Kaufmannsche Präparat den bisher in der Dermatologie verwendeten Schwefelpräparaten bei weitem überlegen ist. Unangenehme Nebenwirkungen oder gar toxische Erschei-

nungen sind — trotz des Gehaltes an Antimon — bei der lokalen Verwendung des Präparates niemals beobachtet worden. Ja selbst die bei der Schwefelmedikation zuweilen auftretenden Reiz- und Entzündungserscheinungen lassen sich durch das Kaufmannsche Präparat vollkommen vermeiden.

Diskussion: Riehl (Wien) und Galewsky (Dresden) bemerken, daß die bisher bekannten Schwefelpräparate allen therapeutischen Aufgaben völlig genügen.

5. **Grouven** (Halle). Demonstration von Pemphigus der Haut und Schleimhaut mit essentieller Bindegewebsschrumpfung.

Grouvens 26jährige Patientin ist erkrankt seit Februar des Jahres; damals traten Schlingbeschwerden auf und einige Bläschen auf der Zunge. Ende Februar Verschlimmerung der Munderscheinungen und Auftreten von Blasen auf der Haut und an den Geschlechtsteilen. Pat. erhielt, da Syphilis diagnostiziert wurde, 12 Hg-Injektionen. Im Mai wurde die Pat. zuerst von Grouven gesehen. Sie war im reduzierten Ernährungszustande. Die hochgradigsten Krankheitserscheinungen zeigte die Schleimhaut des Mundes, die fast in toto aufgelockert war und ausgedehnten Epithelverlust mit flottierenden Rändern aufwies. Die bestehende Aphonie deutete auf Beteiligung des Kehlkopfes. Laryngoskopie unmöglich. Die Augenlider beiderseits blaurot verfärbt und ödematös. Serös eitrige Absonderung. Lichtscheu. Conjunctiva palpebrarum beiderseits hochrot verfärbt und geschwellt, teils blaß anämisch und hochgradig narbig durchsetzt. Die Conjunctiva bulbi zeigt nur Rötung und Schwellung.

Die Wassermannreaktion war negativ. Hochgradige Eosinophilie. Bald auftretende profuse Durchfälle führten zu weiterem Verfall. Mehrfach traten isolierte Hautblasen auf. Eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens wurde durch Injektionen von Ehrlichs Dioxydiamidoarsenobenzol erzielt. Pat. erhielt 0·15—0·4—0·8—0·6 intramuskulär. Das Körpergewicht stieg von 29½ auf 38 Kilo. Die Körperkräfte besserten sich in unerwarteter Weise.

Einen sicher günstigen Einfluß hatten die Injektionen auf die vorhandenen Haut- und Schleimhauterscheinungen. Die Rezidive erschienen in milderer Form und gingen schneller vorüber. Allerdings ist der Schrumpfungsprozeß an der Konjunktiva weiter fortgeschritten. Es liegt die Annahme nahe, daß es sich bei diesem Vorgange um einen im Wesen des Pemphigus an und für sich nicht begründeten Prozeß handelt.

Atrophische Veränderungen und Verwachsungen sind übrigens auch an der Nasenschleimhaut zu konstatieren (Prof. Frese).

6. **Callomon** (Bromberg). *a*) Über einen Fall von Epidermolysis bullosa (forme bulleuse et dystrophique Hallopeau).

Bei einem 14½jährigen Ansiedlersohn, mit Blasen z. T. hämorrhagischen Charakters vorwiegend an den Extremitäten (Streckseiten!), Ulzerationen an den Fingern und typischen narbig atrophischen Herden



und Nagelveränderungen (Verdickungen, Onychogryphosis, Nagelverlust). Wie sehr häufig bei den dystrophischen Fällen der Epidermolyse, kommt die Heredität nur zum Ausdrucke in einer familiären Disposition; in der Aszendenz und Seitenverwandtschaft nichts nachweisbar, doch Auftreten bei 3 unter 8 Geschwistern. Auch hier zeigen alle drei Befallenen sämtlich die gleiche, dystrophische Form der Epidermolyse, keines die Köbnersche reine Form. Unter Hinweis auf die Literatur betont C., daß bisher keine Beobachtung bekannt ist, bei der in einer Epidermolysisfamilie gleichzeitig beide Formen registriert werden konnten: eine einzige solche Beobachtung dürfte für die noch umstrittene Frage des Zusammenfallens beider Krankheitsbilder unter einem Krankheitsbegriff von höchster Wichtigkeit sein. Der referierte Fall liefert in einer anderen Richtung einen Beitrag zur Klärung dieser Frage: Es konnten gleichzeitig bei demselben Knaben typische Blasen der Köbnerschen Form (Abheilung ohne narbige Atrophie, spurloses Verschwinden) neben den zur Dystrophie führenden Blasen beobachtet werden.

Das äußere Bild der Dystrophien ähnelte überaus dem Bilde der von Herrn Galewsky ausgestellten Moulagen. Die Beobachtung dürfte im Sinne Linsers Bedeutung haben, der die beiden Gruppen der Epidermolysis als Äußerungen eines bestimmten, im Grunde noch unaufgeklärten, angioneurotischen Prozesses ansieht.

b) Essentielle Schrumpfung der Schleimhäute mit Blasenbildung einhergehend (Krankenvorstellung).

Grade im Anschluß an den Grouvenschen Pemphigusfall gewinnt der eigenartige, in mancher Hinsicht vereinzelt dastehende Fall Interesse. Die Pat., ein 35jähriges Mädchen, zeigt kontinuierlich seit fast 10 Jahren (davon 7 Jahre unter Beobachtung des Vortrag.) an den Bindehäuten, den Schleimhäuten des Mundes, Rachens und bisweilen des Kehlkopfes, in den ersten Jahren sogar der Bronchien (laryng. Abteilung der Charité) Blasenausbrüche, z. T. hämorrhagischen Charakters, die nach Abheilung der membranös belegten Stellen zu narbiger Schrumpfung führen. Auf diese Weise ist es zu Verlötungen der Zunge mit dem Mundboden, Verengerungen des Isthmus faucium gekommen, ohne daß jedoch das Allgemeinbefinden anders als durch die örtlichen Beschwerden jemals gestört wurde.

Eigenartig ist die Familienanamnese: von 12 Geschwistern kamen 4, darunter Pat., mit Polydaktylie an Händen und Füßen, 2, auch Pat., außerdem mit Lingua lobata und verkürztem Frenulum linguae zur Welt. Vater und Mutter sind blutsverwandt; der Vater sowie drei Geschwister sind an Tuberkulose gestorben; nur drei Kinder leben noch, sämtliche intern tuberkulös.

Die Auffassung dieses Krankheitsbildes als bullöse Dystrophie gründet sich neben der Familienanamnese auf das Studium der Literatur der Epidermolysis, die zwar neben derartigen Schleimhautschrumpfungen in den bisher bekannten Fällen stets auch an der äußeren Haut Erscheinungen macht, jedoch sich zumeist in dem zugrunde liegenden angio-



neurotischen Prozeß auf ein keines Körpergebiet beschränkt, so daß der Fall einen Übergang bilden könnte zwischen der dystrophischen Epidermolysis und jenen benignen Formen des Pemphigus vulgaris, die als Bindehautpemphigus teils mit, teils ohne Beteiligung des Mundes schon heute in der Pemphigusgruppe eine Sonderstellung einnehmen. Zu dieser Auffassung führt den Vortragenden die Durchsicht der in Mračeks Handbuch registrierten Grenzfälle zwischen dystrophischer Epidermolyse und Pemphigus vulgaris.

7. **Scholtz** (Königsberg) stellt im Anschluß an den Vortrag Callomons zwei Kinder, Geschwister, mit typischer Epidermolysis bullosa hereditaria vor und bemerkt zu dieser Demonstration, daß die Krankheitserscheinungen bald nach der Geburt aufgetreten sind und seitdem mit geringem Wechsel und langsamen Nachlaß der Intensität seit den letzten Jahren bestehen.

Hervorzuheben ist, daß eine ältere Schwester völlig frei von Erscheinungen von Epidermolysis ist. Erwähnt sei auch, daß der Vater eine luetische Infektion einige Jahre vor der Ehe durchgemacht hatte, und Vater und Mutter positive, die Kinder negative Wassermannsche Reaktion zeigten.

Blasen ließen sich bei den Kindern artifiziell leicht durch Druck und Kneifen hervorrufen. Nach einer Behandlung mit Scharlachrotsalbe ist eine gewisse Besserung eingetreten, doch ist es fraglich, ob post oder propter.

8. **Ledermann** (Berlin). Über die Beziehungen der Syphilis zu Nerven- und anderen inneren Erkrankungen auf Grund von 573 serologischen Untersuchungen.

V. gibt einen Überblick über die von ihm untersuchten Fälle von Syphilis des Zentralnervensystems im Kindesalter, von denen er 16 einschlägige Fälle mit positiver Reaktion untersucht hat. In 6 war die Syphilis des Vaters, in 9 auch die der Mutter bekannt. Dem Alter nach fanden sich 9 Kinder unter 10 Jahren, die übrigen bis zu 15 Jahren. Er schildert die Krankengeschichte zweier Fälle von juveniler Tabes, mehrerer Fälle von reiner juveniler Paralyse, sowie andere von lokalisierter Paralyse, Epilepsie und geistigen Störungen. Außerdem hat er 12 weitere Fälle zerebrospinaler Erkrankungen bei Kindern mit negativer Wassermannschen Reaktion untersucht, von denen 3 syphilitische Antezedentien katten. Unter den Gehirn- und Nervenerkrankungen der Erwachsenen sind 6 Untersuchungen bei Geisteskranken ohne ein ausgesprochenes Krankheitsbild bemerkenswert, von denen 5 Lues in ihrer Anamnese aufwiesen. Von diesen Kranken reagierten 4 positiv. Bei 10 Geisteskranken mit Verdacht auf Paralyse war die Reaktion negativ. In allen diesen Fällen wurde die Diagnose progressive Paralyse auf Grund der serologischen Untersuchung fallen gelassen, dafür andere Diagnosen wie Paranoia etc. gestellt.

Kranke mit der sicheren Diagnose progressive Paralyse bzw. Taboparalyse wurden dagegen 43 untersucht; und zwar 35 reine Paralysen



und 8 Taboparalysen. Von diesen reagierten 4 negativ. Die Mehrzahl der Kranken stand zwischen 40 und 50 Jahren, bei 18 war Syphilis in der Vorgeschichte nachweisbar, bei den meisten lag die Infektion zwischen 10 und 20 Jahren zurück. Eine energische Hg-Kur scheint keiner durchgemacht zu haben.

Mit der Diagnose Lues cerebri bzw. cerebrospinalis kamen 45 Patienten, 29 Männer und 16 Frauen, zur serologischen Untersuchung. Die meisten hatten nur eine Schmierkur bzw. eine Spritzkur vorher absolviert. Der Infektionstermin lag ebenfalls bei den meisten im zweiten Dezennium zurück. Unter den 29 erkrankten Männern reagierten 24, unter 16 Frauen 10 positiv. Redner gibt die Krankengeschichten einiger charakteristischen Fälle wieder.

Von Apoplexien wurden 23 Fälle, von denen 10 Syphilisansteckung zugaben, nach Wassermann untersucht. Von diesen reagierten 6 positiv, 4 negativ. Von 23 ohne Luesanamnese reagierten nur 3 positiv, 10 negativ.

Unter 26 Kranken mit der Diagnose Neurasthenie war bei 16 die syphilitische Infektion sicher bekannt. Von diesen 16 reagierten 11 positiv und 5 negativ. Mehrere hatten sehr energische Quecksilberkuren durchgemacht. Außerdem wurden 42 weitere Fälle verschiedenartiger Nervenerkrankungen der Wassermannschen Reaktion unterworfen, von denen bei 24 die Luesinfektion nachzuweisen war. Von diesen 42 Nervenkranken reagierten 34 positiv, 8 negativ. Unter diesen sind sicherlich viele Vorläufer schwerer zentraler Störungen.

Um die Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion zu prüfen, wurden 55 Fälle nicht spezifischer Gehirn- und Nervenerkrankungen untersucht und nur in einem Falle von multipler Sklerose, der gleichzeitig an Lues cerebri litt, eine positive Reaktion gefunden.

Von Tabes dorsalis wurden 161 Fälle nach Wassermann untersucht, von denen 110 positiv reagierten. Unter 112 Männern gaben nur 38 eine vorangegangene Quecksilberbehandlung zu, von 48 Frauen nur 9. Unter 59 Personen, deren Infektionstermin feststand, waren 34 vor 10—20 Jahren infiziert worden.

Von inneren Erkrankungen wurden 125 Fälle untersucht, von denen 49 positiv reagierten und sich nur bei 27 eine sichere Lues nachweisen ließ. Zwei Fälle waren hereditär syphilitisch, in einem hatte der Gatte an Lues gelitten. Von diesen 27 sicheren Syphilitikern reagierten 21 positiv. Auch bei der Entwicklung der inneren Erkrankungen spielt das zweite Dezennium nach der Infektion die größte Rolle. Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße kamen 45 mal zur Behandlung. Von den Arteriosklerotikern reagierte die Hälfte positiv, desgleichen von 10 Fällen von Aorteninsuffienz 6 positiv. Aortenaneurysmen im mittleren Lebensalter scheinen meist syphilitischen Ursprungs zu sein, unter 12 Fällen hatten 10 eine positive Reaktion. Von besonderem Interesse sind 4 Fälle von Mediastinaltumoren, 2 Frauen und 2 Männer, die sämtlich



positiv reagierten und von denen 2 durch die Behandlung wesentlich gebessert wurden.

Unter 10 Fällen von chronischer Nephritis war die Reaktion bei zwei Frauen ohne Luesanamnese negativ, in 8 Fällen positiv, 7 davon hatten an Syphilis gelitten. Bei Icterus catarrhalis war die Reaktion stets negativ. Unter 19 weiteren Lebererkrankungen reagierten 8 positiv, bei 4 war Luesinfektion nachzuweisen. Bemerkenswert ist schließlich noch ein Fall von Polyzytämie mit negativer Reaktion, bei welchem die Obduktion Gummata in Milz und Leber ergab. In zahlreichen anderen Fällen mit negativer Reaktion bestätigte die serologische Untersuchung die klinische Diagnose von dem nicht spezifischen Charakter der Affektion.

Diskussion: Schindler (Berlin) weist darauf hin, daß gleichzeitig zugesandte Blutproben an manchen Instituten verschiedenen Ausfall ergaben. Er erwähnt eine derartige Beobachtung.

Wassermann (Berlin). Was den Vorwurf der Unzuverlässigkeit betrifft, so gibt es nur eine Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion, die so ausgeführt wird, wie sie ursprünglich angegeben wurde. Die Modifikationen mit aktivem Serum sind nicht brauchbar, sie geben zu viel positive Resultate. Andere Modifikatoren nehmen andere rote Blutkörperchen, so Noguchi. Diese Bequemlichkeitsmethoden sind ebenfalls nicht brauchbar. Weitere haben das Komplement modifiziert. Alle Methoden aufzuzählen, ist unmöglich. Arbeitet man mit seiner Methode in der ursprünglichen Form, so wird man keine Täuschungen erleben. So wie bei ihm, wird bei Ehrlich, bei Madsen, bei Neisser gearbeitet. Jeder Lueskranke sollte alle halben Jahre auf seine Serumreaktion untersucht werden. Er hat es versucht, die Reagentien in einem Zentralinstitut herstellen zu lassen und er will selbst die dort versandten Reagentien prüfen. Er glaubt, dieser Weg wird zum Ziel führen. Der Extrakt aus luetischen Organen wird so abgegeben werden können, ebenso der Ambozeptor. Es wird auch gelingen, das Hammelblut 17 Tage lang durch Formaldehydzusatz haltbar zu machen. Es ist dann nur noch Komplement nötig. Natürlich muß jeder Untersuchung der hämolytische Vorversuch vorausgehen.

Er regt ferner die Untersuchung auf Lues mit Rücksicht auf die Idiotie der Kinder etc. in den Entbindungsanstalten an. Dort könnte zur Untersuchung auch das Kolostrum benützt werden.

9. **Saalfeld** (Berlin). Zur Opsonintherapie bei Hautkrankheiten.

S. weist auf die Schwierigkeiten hin, die dem Privatarzt bei der Durchführung der Opsoninbehandlung nach den genauen Vorschriften Wrights entgegentreten; er hält es daher für einen Fortschritt, daß die Vakzinebehandlung bei Staphylokokkenerkrankungen der Haut durch die Einführung des Opsonogens in die Praxis durch Strubell wesentlich vereinfacht ist. S. hat die Opsonogeninjektionen speziell bei Akne angewendet und hierbei gute Resultate erzielt. Hierzu ist oft die Anwendung größerer Dosen bis 300 und noch mehr Millionen Staphylokokken notwendig. Ohne



Bestimmung des opsonischen Index werden die Injektionen alle 3—4—5 Tage ausgeführt. Für die Behandlung geeignet sind diejenigen Fälle, bei denen die Akneknoten das Bild beherrschen, während die Seborrhoe und die Komedonen nicht beeinflußt werden. Sind diese auch noch in stärkerem Maße vorhanden, so ist neben der Opsonogenbehandlung auch noch eine entsprechende, auf diese Anomalien gerichtete Therapie erforderlich.

Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe. Dienstag, den 20. September vormittag.

Neisser, A. (Breslau): Moderne Syphilistherapie.

Der Vortragende betont die Schwierigkeit seiner Aufgabe, über die Therapie der Syphilis zu berichten zu einer Zeit, wo die Anschauungen in beständigem Wechsel begriffen sind; andrerseits ist es eine Freude, über wissenschaftliche Fortschritte zu berichten, die alle dem höchsten Ziele der medizinischen Forschung, der Kunst zu heilen zu gute gekommen sind.

Drei große Entdeckungen bilden die Basis für die moderne Syphilistherapie:

1. Die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn, ausgebaut in gemeinsamer Arbeit mit Hoffmann.

2. Die Entdeckung von Meschnikoff und Roux, die Lues auf Affen zu übertragen. Dadurch die Möglichkeit, alle pathologischen und therapeutischen Probleme experimentell studieren zu können.

3. Die Einführung der Serodiagnostik durch Wassermann und seine Mitarbeiter Bruck und Neisser.

Welchen Gewinn zog die Therapie aus diesen drei Errungenschaften?

1. Nachweis sowohl durchs Tierexperiment, wie durch die Serodiagnostik, daß ohne Therapie die Lues anscheinend überhaupt nicht geheilt wird. Sie muß also behandelt werden.

2. Es gibt weder eine Immunität bei Syphilis, noch eine künstliche Immunisierung, noch eine Serumtherapie. Daher Notwendigkeit und Wichtigkeit der Chemotherapie.

3. Indirekte Förderung der Therapie durch Verfeinerung der Diagnostik.

a) Die Spirochaetenentdeckung ermöglicht die Frühdiagnose klinisch nicht erkennbarer Krankheitsherde.

b) Die Serodiagnostik ermöglicht die Diagnose in Fällen und Stadien, wo alle klinischen Untersuchungsmethoden versagen.

Es werden also Fälle der Behandlung zugeführt, die wir bisher noch nicht oder nicht mehr oder überhaupt nicht in Behandlung nahmen.

4. Wir können die Wirkungen bestimmter Heilmittel und Heilmethoden in absolut exakter Weise kontrollieren



a) durch das Verhalten der Spirochaeten in einzelnen lokalen Prozessen,

b) durch experimentelle Feststellung etwaiger Heilung am infizierten Tier, entweder durch Organübertragung oder durch Reinokulation,

c) durch Serodiagnostik am kranken Menschen. Nebenher geht die ungemein wichtige vergleichende Prüfung der Desinfektionswirkung in vitro und der kurativen in vivo.

Auf diese Weise werden entschieden :

A. Gewisse prinzipielle Fragen des therapeutischen Handelns:

a) Was den Beginn der Behandlung betrifft, wurde erwiesen, daß der Erfolg um so sicherer und leichter zu erzielen ist, je zeitiger nach der Infektion die Behandlung einsetzt.

b) Wird keine volle Heilung beim ersten Behandlungsversuch erreicht, so bedarf es zur Heilung von Rezidiven, falls eine solche überhaupt noch möglich ist, sehr viel größerer Dosen des Medikaments. Dieses experimentell bei vielen Trypanosomen- und Spirillenerkrankungen festgestellte Resultat entspricht den bei Menschen gefundenen serodiagnostischen Feststellungen: Es ist verhältnismäßig leicht, bald nach der Ansteckung bei einem Syphilitiker eine positive Reaktion durch entsprechende Behandlung in eine negative zu verwandeln. Dasselbe Resultat ist aber nur sehr schwer, bisweilen gar nicht, in der Spätperiode zu erreichen.

c) Von besonderer Bedeutung war die Feststellung, daß Rezidivparasiten leicht „giftfest" werden können, so daß sie nun überhaupt nicht mehr auf das angewandte Medikament reagieren.

B. Es wurden aber auch unsere Kenntnisse über die Wirkungsweise der alten wohlbewährten Heilmittel erweitert und die Prüfung neuer ermöglicht.

a) Für das Quecksilber wurde erwiesen, daß es ein wirklich spirochaetentötendes Medikament sei, nicht nur bei manifesten Krankheitssymptomen, sondern auch wenn die Spirochaeten irgendwo in Organen sich befanden, ohne daselbst irgendwelche Krankheitsprozesse auszulösen. Der dauernde Streit, ob daher eine Anwendung des Quecksilbers auch im Latenzstadium nützlich sei, ist damit ein für allemal entschieden.

b) Für die Jodpräparate wurde festgestellt, daß auch diesen eine wenn auch sehr viel geringere Heilwirkung gegenüber den Syphilisspirochaeten zukomme.

c) Der wichtigste Fortschritt ist aber erzielt dadurch, daß auch für die organischen Arsenpräparate eine spezifische Heilwirkung der Syphilis gegenüber erwiesen wurde. Den ersten Schritt dazu tat Uhlenhuth, indem er für die Hühnerspirillose die Heilwirkung des Atoxyls feststellte und gewisse prinzipielle Fragen entschied. Er war auch der erste, welcher zusammen mit Hoffmann entsprechende Versuche bei der Syphilis veröffentlicht hat. Neisser selbst konnte diese Resultate, da er ganz unabhängig von Uhlenhuth in Batavia die

gleichen Versuche in sehr großem Maßstabe machte, unmittelbar nach Uhlenhuths Veröffentlichung bestätigen.

Den weiteren Ausbau der Arsentherapie aber verdanken wir bekanntlich Ehrlich. Erst er erkannte die wahre chemische Konstitution des Atoxyls und ermöglichte dadurch die Herstellung weiterer organischer Arsenpräparate. Ehrlich erst erkannte den Unterschied zwischen den 5wertigen gesättigten und daher therapeutisch minderwertigen und den 3wertigen ungesättigten Arsenverbindungen. Er erst erkannte, welche Bedeutung es habe, ganz bestimmte chemische Gruppen dem 3wertigen Arsen anzugliedern, und so schuf er in ganz zielbewußter Weise auf der Basis ungezählter Beobachtungen an trypanosomen- und spirillosenkranken Tieren eine auf bestimmten Gesetze der synthetischen Chemie aufgebaute Chemotherapie.

Daher verfügen wir jetzt nicht nur über ungemein wirksame direkt spirochaetentötende Mittel, sondern es ist auch für die Zukunft die große Bedeutung der synthetischen Herstellung neuer Präparate festgelegt und der Weg gezeigt, in welcher Richtung sich solche synthetisch-chemische Arbeit zu bewegen habe.

Gehen wir nun mit diesen Vorkenntnissen an die Frage heran, wie wir in praxi therapeutisch vorgehen sollen, so ist in erster Linie festzuhalten:

Auf eine Spontanheilung, wenn sie auch vorkommen mag, darf sich der Arzt, wie schon oben betont, nie verlassen. Im Gegenteil müssen wir uns immer wieder vor Augen halten: wenn nicht in ganz besonders energischer Weise behandelt wird, wird die Syphilis stets eine chronische und die verschiedensten, oft lebenswichtigen Organe mit Metastasen durchsetzende Krankheit, bei der Freisein von erkennbaren Symptomen — wie klinisch und experimentell erwiesen — nichts für wirkliche Heilung besagt und bei der man daher stets auf Rezidive und Nachkrankheiten gefaßt sein muß.

Es erheben sich also zwei Fragen:

I. Besteht die Möglichkeit, das Chronischwerden und die Metastasierung durch sofortiges Sterilisieren der invadierten Gewebe in den ersten Zeiten nach der Ansteckung zu verhüten?

II. Und wie erreicht man am sichersten Heilung, wenn — mit oder ohne vorherige Behandlung — sich eine universelle „konstitutionelle" Syphilis bereits ausgebildet hat?

Gibt es nicht sogar von der Syphilis hervorgerufene Prozesse, die, wenn erst einmal eingeleitet, einer Behandlung nicht mehr zugänglich sind? Wo also alles darauf ankommt, ihre Entstehung zu verhüten?

Ad I ist festzustellen: Die Möglichkeit einer akuten Ausheilung in den allerersten Stadien besteht; ja sie ist sogar verhältnismäßig leicht und sicher zu erreichen.

Daher ist auf diese präventiv-abortive Therapie der Hauptschwerpunkt aller unserer therapeutischen Bestrebungen zu legen.



Je eher wir mit geeigneten Mitteln und Methoden vorgehen, desto größer die Aussichten auf einen vollen Erfolg.

Was aber heißt: „Je eher?"

Zum mindesten: Beginn der Behandlung sofort nach der Diagnose: syphilitischer Primäraffekt, sei es klinisch (durch die Eigenschaften des Krankheitsherdes, durch die anamnestischen Daten und die Art des Verlaufes), sei es durch Zuhilfenahme des Spirochaetennachweises und der Serodiagnose. Es ist kein Zweifel, daß für diese Aufgabe die Spirochaetenuntersuchung die wichtigste Untersuchungsmethode darstellt, da sie am häufigsten zu einer möglichst frühen Diagnose führt.

Wir können aber noch einen Schritt weiter gehen und sagen: auch ohne sichere Diagnose „Syphilis" bei jeder der Syphilis verdächtigen Erkrankung soll, jedenfalls in dringenden Fällen, mit der Behandlung begonnen werden. Handelt es sich wirklich um Syphilis, dann ist die Chance einer sofortigen Austilgung bei einem solchen Vorgehen natürlich am größten.

Die Berechtigung zu solchem Vorgehen liegt in folgendem:

1. N. konnte an Affen nachweisen, daß in sehr vielen Fällen längst vor irgendwelchen sichtbaren primären Erscheinungen an der Ansteckungsstelle bereits die Allgemeinverbreitung des Giftes durch den ganzen Körper vollzogen ist. Bei klinisch diagnostizierbaren Primäraffekten war das immer der Fall. Es spricht alles dafür, daß die Generalisierungsverhältnisse bei dem Menschen ebenso, ja sogar noch ungünstiger liegen, wie beim Affen. Abwarten des Primäraffektes heißt also eigentlich immer Zeit, und zwar die für den therapeutischen Erfolg günstigste, versäumen.

2. Alle therapeutischen Experimente an Trypanosomenerkrankungen und Spirillosen und auch bei Tiersyphilis haben erwiesen, daß eine abortive Behandlung viel leichter und sicherer zur Heilung führt, als die Behandlung der ausgebildeten Krankheit.

3. Für die Syphilis des Menschen kommt aber wesentlich folgendes in Betracht. Die Serodiagnostik hat uns in den Stand gesetzt, trotz der Unklarheit der Diagnose, die im Moment der Behandlung besteht, im weiteren Verlauf uns volle Klarheit darüber zu verschaffen, ob etwaiges Freibleiben von Syphiliserscheinungen in den ersten ein bis zwei Jahren nach der fraglichen Ansteckung bedeutet; Latenz (was eine Fortsetzung der Behandlung erfordern würde) oder wirkliches Freisein von der Krankheit, wobei es für den Kranken schließlich ganz gleichgültig ist, ob diese Syphilis-Freisein und -Freibleiben zurückzuführen ist auf die eingeleitete Abortivbehandlung oder darauf, daß ursprünglich vielleicht wirklich gar keine Syphilisinfektion stattgefunden hat.

Welches aber sind geeignete Methoden und Mittel, um die ins Auge gefaßte präventiv-abortive Behandlung durchzuführen?



1. In erster Linie zu erwähnen ist der von Metschnikoff eingeschlagene Weg, durch Desinfektion der Ansteckungsstelle (mittelst 33%iger Kalomelsalbe) etwa eingedrungene Spirochaeten sofort zu vernichten. In der Tat gelingt es häufig, auf diese Weise der Entwicklung der Krankheit vorzubeugen. Siebert hat an des Vortragenden Klinik die Frage experimentell in vitro, wie an Tieren eingehend studiert und statt der Kalomelsalbe eine sicherlich wirksamere Salbe, welche wässerige Sublimatlösung enthält, empfohlen.

2. Weiter kommt in Betracht die Exzision, überhaupt alle auf Zerstörung des Infektionsherdes hinzielenden mechanischen, chemischen u. dgl. Eingriffe. Die tatsächlich erzielten Resultate sind allerdings nicht sehr befriedigend. Trotzdem müssen wir uns ärztlich auf den Standpunkt stellen, in jedem Falle diese örtliche Behandlung, wo sie ohne Zerstörung wichtiger Gewebspartien möglich ist, durchzuführen.

3. Man hat spirochaetentötende Einspritzungen in die Umgebung des Infektionsherdes und in die abführenden Lymphwege empfohlen. Hallopeau will damit ausgezeichnete Resultate erzielt haben.

4. Am allerwichtigsten und sichersten aber erscheint es dem Vortragenden, so schnell wie irgend möglich, mit einer geeigneten Allgemeinbehandlung zu beginnen; denn gerade beim Menschen haben wir in allen Fällen damit zu rechnen, daß sehr bald nach der Infektion sich eine Allgemeindurchseuchung des Körpers eventuell sogar auf dem Blutwege vollzieht.

Womit sollen wir die Allgemeinbehandlung durchführen?

Wir wollen nicht vergessen, was eine wirklich gute Quecksilberbehandlung leisten kann. Es kommt allerdings dabei sehr auf die Methode, auf die Wirkungsweise des ausgewählten Präparates und auf die verwandte Dosis an. Bei weitem am besten erscheint dem V. die Methode der Injektion mit Verwendung einer Kombination von löslichen und unlöslichen Präparaten.

Ein ungeheurer Fortschritt aber ist es, daß wir zu dem Quecksilber in neuester Zeit die organischen Arsenpräparate als ausgezeichnet spezifisch wirkende Heilmittel hinzubekommen haben. Ihre erste Einführung verdanken wir Uhlenhuth, die Ausarbeitung zu dem gegenwärtig erreichten Status aber Ehrlich.

Nach des Vortragenden Überzeugung sind aber sowohl das Atoxyl, wie das Ehrlichsche Arsazetin, wie überhaupt alle der Atoxylgruppe angehörenden Präparate zu verlassen. Sie sind einerseits als 5wertige Arsenpräparate nicht besondes wirksam und andererseits besteht bei allen die Gefahr einer Optikusatrophie.

Ganz anders wirksam sind die 3wertigen, von Ehrlich hergestellten Arsenpräparate, das Arseno-phenylglyzin und namentlich das jüngst empfohlene Arseno-Benzol.

Dieses 606 ist nun tatsächlich ein ungeheurer Fortschritt in der Syphilistherapie und nach sehr vielen Rich-



tungen dem alten Quecksilber — so wenig N. das auch in Zukunft missen möchte — überlegen.

Die Wirkung des Arseno-Benzols besteht:

1. In der eminenten spirochaetentötenden Eigenschaft, die sich noch dazu in den allermeisten Fällen in geradezu verblüffender Schnelligkeit vollzieht.

Es geht aber bei diesem Vorgang nicht bloß eine Vernichtung des Virus vor sich, sondern anscheinend auch die Produktion spirillentötender und antitoxischer Antistoffe seitens des behandelten Körpers, so daß sich zu der direkten Abtötung noch eine indirekte kurative Wirkung hinzugestellt.

2. Das Arseno-Benzol hat aber auch entwicklungshemmende Eigenschaften, wie aus Ehrlichs Beobachtungen und Neissers Affenversuchen hervorgeht.

Wie wir nun in praxi von diesen wunderbaren Eigenschaften am besten Gebrauch machen werden, darüber läßt sich heute noch kein abschließendes Urteil abgeben; denn es ist noch nicht erledigt

a) die Frage nach der unschädlichen Höchstdosis bei Einzeleinspritzungen. Anscheinend liegt dieselbe bei 1 *g* pro injektione beim Erwachsenen von zirka 60 bis 70 *kg* Körpergewicht;

b) die Frage, in welchen Zwischenzeiten und mit welchen Einzeldosen man die Einspritzung wird wiederholen können und bis zu welcher Gesamtdosis man wird schreiten dürfen.

Festgestellt ist jetzt schon, daß man im Laufe von 4 Wochen drei Injektionen bis zu einer Gesamtdosis von 2·4 verabreichen kann. Doch ist dabei die durch die langsame Arsenausscheidung bedingte Möglichkeit einer Kumulierung und damit das Eintreten von Intoxikationserscheinungen in Betracht zu ziehen.

c) Die Frage, wann man intravenös und wann man subkutan intramuskulär einverleiben soll, wobei weiter in Betracht kommt die Verwendung entweder der alkalischen Lösung oder der neutralen oder der öligen Suspension.

Es ist das nicht bloß eine Differenz der Methodik, sondern auch der Wirkungsweise.

Intravenös bedeutet: akute Arsenwirkung, aber auch sehr rasche Ausscheidung; also akute, aber auch vorübergehende Spirochaetentötung und -Beeinflussung.

Subkutan intramuskulär bedeutet: unter allen Umständen langsame Wirkung.

Doch nähert sich dieselbe der bei der intravenösen beobachteten, wenn man die alkalische Lösung verwendet.

Bei der neutralen und namentlich der öligen Suspension aber haben wir Verhältnisse, wie bei den unlöslichen Quecksilberinjektionen: eine weit geringere akute Wirkung, dafür eine durch die Depotbildung be-



dingte langsamere Nachwirkung, und zwar mehr im entwicklungshemmenden Sinne. Auch etwaige Nebenwirkungen treten verspätet auf.

d) Die Frage der Kombination mit Quecksilberkuren, welche in Betracht kommt

1. mit Rücksicht darauf, daß die Kombination vielleicht wirksamer ist, als die Verwendung des Einzelmedikaments,

2. daß vielleicht schnell eine Arsenfestigkeit eintritt.

Die Erledigung all dieser Fragen ist der Zukunft vorbehalten, aber eines ist schon heute die feste Überzeugung des Vortragenden: wir sollen jeden frischen Syphilisfall, ja jeden verdächtigen Fall so schnell und so energisch wie möglich mit 606 behandeln. Neisser selbst wiederholt, wenn irgend möglich, in jedem Fall die Injektion nach 5—6 Wochen und schiebt ev. sogar eine Quecksilberkur (in Form von Asurol- und grauen Öl-Injektionen) ein.

Die eben besprochenen Abortivkuren im Kreise der Ärzte und des Publikums zu verbreiten, scheint dem Vortragenden das allerwichtigste zu sein, was wir im Kampfe gegen die Syphilis tun müssen. Die abortive Therapie scheint ihm um so wichtiger, je mehr wir uns überzeugen, daß gerade die gefürchtetsten Syphilisfolgen: Tabes und Paralyse, wenn sie erst einmal eingetreten sind, nie mehr ganz zu beseitigen, höchstens zu einem Stillstand zu bringen sind. Dürfen wir also auf großartige Heilerfolge nicht rechnen, so ist um so dringender die Aufgabe, der Entstehung dieser Parasyphilis vorzubeugen. Auch mit Bezug auf dieses Ziel müssen wir so zeitig wie möglich eingreifen, da wir zur Zeit nichts darüber wissen, wann die ersten Anfänge dieser degenerativen Prozesse sich abspielen.

Günstiger für die Therapie liegen die Chancen bei allen sonstigen, mit der Allgemeinsyphilis verbundenen Erscheinungen. Hier handelt es sich um folgende Aufgaben:

1. Um Heilung und Beseitigung störender oder gar für den Patienten gefährlicher Symptome, die von örtlich sekundären oder tertiären Prozessen ausgehen,

2. um die Beseitigung der von solchen, speziell sekundären Prozessen ausgehenden Kontagiosität,

3. um möglichst vollständige Spirochaetenvernichtung im ganzen Körper, auch in den uns unerkennbaren Lokalisationen,

a) um Rezidiven beim Patienten vorzubeugen;

b) um etwa vom Blut ausgehende Kontagiosität zu beseitigen,

c) zur Beseitigung der Vererbungsfähigkeit.

Worin bestehen die Fortschritte der modernen Syphilistherapie mit Bezug auf diese Aufgaben?

a) Die Spirochaetenforschung und die experimentellen Arbeiten haben uns gelehrt, wie oft klinische Abheilung ohne wirkliches



Spirochaetenverschwinden an Krankheitsstellen sich einstellt. Daher die große Bedeutung aller örtlichen therapeutischen Maßnahmen.

b) Wir wissen mit aller Bestimmtheit durch das Tierexperiment, daß die spezifischen Heilmittel: Quecksilber und Arsenikalien, vielleicht auch Jodpräparate und Chinin, nicht nur die pathologisch-anatomischen Syphilisprodukte beseitigen, sondern die Spirochaeten selbst und zwar nicht nur in manifesten Herden, sondern auch im Stadium der klinischen und pathologisch-anatomischen Latenz.

Daher die Berechtigung, ja sogar die Pflicht, die Behandlung nicht nur bei Vorhandensein klinischer Symptome vorzunehmen, sondern stets und bei jedem, wo die Annahme, daß noch Syphilis im Körper vorhanden sei, berechtigt ist. Dazu gehört auch die positive serodiagnostische Reaktion.

Die Behandlung ist auch in diesen Fällen vorzunehmen in erster Reihe mit 606 einmalig oder mehrmalig und in Kombination mit Quecksilberkuren.

Besonders wichtig ist 606 bei

I. 1. Quecksilberidiosynkrasie;

2. bei Fällen, welche anscheinend quecksilberresistent geworden sind,

3. bei Hirn-, Augen-, hereditärer, schwer ulzeröser, maligner Syphilis, wo es auf schnellste Einwirkung, oft zur Erhaltung des Lebens und lebenswichtiger Organe ankommt,

4. bei schwererer Leukoplakie, bei Paronychien u. dgl., die in vielen Fällen in überraschender Weise abheilen, nachdem sie jahrelang jeder anderen Behandlung getrotzt haben,

5. zur Beseitigung der toxischen Kachexie, besonders bei malignen Fällen. Alle Beobachter berichten über die in kürzester Frist sich vollziehende Gewichtszunahme und das Aufblühen ganz elend gewordener Patienten.

II. Zur Beseitigung von durch ihre Kontagiosität gefährlichen Erscheinungen. Verhütung familiärer Syphilis. Möglichkeit einer Sanierung der Prostitution.

Kontraindiziert ist 606 anscheinend nur bei weit fortgeschrittenen degenerativen Prozessen des Nervensystems und bei Erkrankungen der kleinen Gefäße (Alkoholismus!).

Daß wir auf diese Weise durch Ausnützung des neuen Mittels unendlich viel Unheil, welches sonst mit dem Syphilisverlauf verknüpft ist, aus der Welt schaffen können, liegt auf der Hand und der Vortragende hält auch die Möglichkeit, in vielen Fällen eine vollkommene Heilung mit einem Schlage zu erzielen, für gegeben. Wie weit aber für das Gros der Fälle durch die Einführung des 606 die Frage der vollkommenen Heilung erledigt werden wird, kann man heute noch nicht übersehen, da, wie oben erwähnt, noch zuviel Vorfragen über Dosierung, Methodik und dgl. unerledigt sind. Es wäre daher verfrüht, sowohl aus den Erfolgen, wie aus den Mißerfolgen, über die wir bis jetzt verfügen, einen



bindenden Schluß über die wirkliche Leistungsfähigkeit des neuen Mittels zu ziehen.

Neisser glaubt demgemäß, daß wir vor der Hand die Pflicht haben, nach wie vor an einer chronischen Behandlung der Syphilis festzuhalten. Freilich das alte, uns früher durch unsere Unkenntnis über den in jedem einzelnen Falle bestehenden Status aufgedrungene Schema der chronisch intermittierenden Behandlung 3, 4, 5 Jahre hindurch brauchen wir nicht mehr festzuhalten, denn

1. die Serodiagnostik eröffnet die Möglichkeit, eine Trennung vorzunehmen in die Gruppe der ungeheilt bleibenden latenten Fälle, die man weiter behandeln muß und in die Gruppe der schnell geheilten, bei denen eine weitere Behandlung natürlich überflüssig ist.

Leider läßt sich in praxi diese Trennung nicht so leicht durchführen; denn die Erfahrung hat uns jetzt schon gelehrt, daß selbst nach mehrfachen negativen Reaktionen sich wieder Rezidive und positive Reaktionen einstellen.

2. Aber auch für diejenigen, welche an der chronischen Behandlung festhalten, erhebt sich jetzt die Frage, ob man chronisch intermittierend oder chronisch permanent behandeln soll. Zu berücksichtigen ist einerseits die Möglichkeit der Angewöhnung und Giftfestigkeit, andererseits die Möglichkeit, daß sich bei der chronisch-permanenten Behandlung die entwicklungshemmenden Eigenschaften der angewandten Medikamente besonders entfalten.

Wenn wir alle diese Tatsachen überblicken, so kann wohl niemand zweifeln, daß die Syphilistherapie im Laufe der letzten Jahre enorme Fortschritte gemacht hat.

Was aber dem einzelnen Kranken geleistet wird, um ihn schneller von der Krankheit zu befreien, das dient natürlich der Allgemeinbekämpfung der Syphilis als Volksseuche. Je schneller, je eher und je bequemer wir den einzelnen Kranken ungefährlich, nicht ansteckend machen können, um so geringer wird die Zahl der Infektionsquellen. Und damit muß und wird die Zahl der Syphilitischen sinken, namentlich wenn wir uns entschließen, diese neuen Errungenschaften zur Sanierung der Prostitution auszunutzen.

Und nicht nur die Zahl der Kranken wird sinken, sondern auch die Zahl derjenigen, welche jetzt zu Tausenden und Abertausenden den schweren Nachkrankheiten und einem vorzeitigen Tode verfallen. Und weil wir jetzt schon wissen, daß gerade nach diesen Richtungen hin das neue Ehrlichsche Mittel eine wunderbare Waffe gegen die Syphilis darstellt, deshalb ist das Gefühl unserer Dankbarkeit und Bewunderung für Ehrlich so groß und von Herzen kommend.

Freilich wird die Indolenz und die Unwissenheit der Menschen dafür sorgen, daß die Syphilis auch in Zukunft nicht aussterben wird.



Wir müssen ja auch, da weder die Syphilis selbst noch die Behandlung derselben eine Immunität herbeiführt, mit sehr vielmehr Reinfektionen rechnen als bisher; aber besseren Zuständen gehen wir sicher entgegen. Und weil wir diese Überzeugung haben dürfen, so ist es unsere, der Ärzte, Pflicht, mit Energie die wunderbaren Erfolge der Forschungen auf diagnostischem und therapeutischem Gebiete auszunützen, damit der gesamten Menschheit zugute komme, was in den letzten Jahren von der Wissenschaft geschaffen ist. Man wird es uns Deutschen, denke ich, nicht verübeln dürfen, wenn wir mit Stolz feststellen, daß die Forscher, denen wir diese Fortschritte verdanken, mit Ausnahme von Metschnikoff und Roux, durchwegs unsere Landsleute sind: Schaudinn und sein wesentlichster Mitarbeiter Hoffmann, Wassermann, mit dem der Vortragende selbst und Bruck zusammen arbeiten konnte; Uhlenhuth, der Inaugurator der neuen Therapie mit organischen Arsenpräparaten, deren höchste und letzte Vollendung wir aber erst unserem Paul Ehrlich verdanken. Nennt man mit Recht die Syphilis die „Geißel der Menschheit", so dürfen wir ihn mit demselben Recht als einen Wohltäter der Menschheit bezeichnen!

Nachdem dieses ausführliche Referat die Debatte über die Behandlung der Syphilis eingeleitet hatte, wurde diese Debatte Dienstag nachmittags 4 Uhr fortgesetzt.

Dieser Sitzung ging eine gemeinsame Sitzung der dermatologischen Sektion und der bakteriologischen voraus.

Gemeinsame Sitzung der dermatologischen und bakteriologischen Abteilung.

Uhlenhuth und **Mulzer**. Über experimentelle Kaninchensyphilis.

Vortragende berichten über ihre bisherigen Untersuchungen über experimentelle Syphilis. Im Vordergrund derselben standen die Versuche, Kaninchen mit syphilitischem Virus zu infizieren. Zur Infektion wurde sowohl menschliches wie tierisches Virus verwendet, als Ort der Infektion in erster Linie die Hoden der Tiere gewählt. Es gelang den Autoren bereits die 10. Kaninchen-Hodenpassage zu erzielen, wobei eine deutliche Virulenzsteigerung in den höheren Passagen beobachtet werden konnte. Die verschiedenen, auf diese Weise erzeugten Hodenerkrankungen verliefen unter typischen Krankheitsbildern; sie manifestierten sich als mehr oder weniger charakteristische Primäraffekte der Skrotalhaut, als diffuse oder zirkumskripte Orchitis oder als totale oder partielle Periorchitis syphilitica. Durch den konstanten Nachweis der Spirochaete pallida und durch das klinische und histologische Bild wurden diese Krankheitsprodukte als syphilitische gesichert. Daß bei derartigen lokalen Erkran-



kungen, besonders bei schwereren Formen, die dann meist mit einer charakteristischen Leistendrüsenerkrankung einhergehen, schon eine Generalisierung des syphilitischen Virus bestehen kann, zeigten gelungene Verimpfungsversuche in die Hoden normaler Kaninchen mit Leber-, Milz-, Knochenmarkbrei derartig lokal erkrankten Tiere und das Auftreten sekundärer spezifischer Augenerkrankungen nach Impfung und Erkrankung der Hoden. Eine Allgemeininfektion bei Kaninchen konnten die Autoren aber noch durch intravenöse Impfung erzeugen. Ganz junge Kaninchen scheinen besonders hierzu geeignet. Die Autoren geben eine bestimmte Methode der Impfung an, die darin besteht, daß sie möglichst junge, 2—8 Tage alte Tiere mit dem Preßsaft aus fein zerriebenen und mit Kochsalzlösung intensiv vermengten Hodensyphilomen intrakardial wiederholt impfen. Nach einer längeren Inkubationszeit traten bisher regelmäßig der menschlichen Syphilis äußerst ähnliche (Papeln, Rupiae, Gummiknoten ähnliche Nasentumoren) bei den geimpften Tieren auf. Diese Krankheitsprodukte, ihre Entstehung sowie die Möglichkeit das Weiterimpfen dienen als Beweis für die Natur der Spirochaete pallida als Erreger der Syphilis; ein weiterer Beweis hierfür ist die therapeutische Beeinflussung dieser Spirochaeten haltigen Krankheitsprodukte durch spezifische Präparate (Atoxyl, atoxylsaures Quecksilber, Ehrlich-Hata 606). Daß lediglich die Spirochaete pallida und nicht etwa noch ein anderes, filtrierbares Virus die luetische Infektion hervorruft, beweist die Unmöglichkeit, mit durch Berkefeldfilter filtriertem, also spirochaetenfreiem Hodensaft derartige Erkrankungen hervorzurufen.

2. Sitzung Dienstag, den 20. Sept. nachm. 4 Uhr.

Diese Sitzung war ausschließlich der Diskussion über Ehrlichs-Präparat 606 gewidmet. Sie wurde eingeleitet von einem Vortrag von Herrn Geheimrat Ehrlich selbst, der stürmisch von den Anwesenden begrüßt wurde.

Ehrlich, Paul (Frankfurt a. M.) hatte eigentlich die Absicht, erst später in die Diskussion einzugreifen, weil diese Sitzung dem Kliniker gehöre, beschränke sich daher nur auf einige Bemerkungen:

1. Das Mittel 606 habe zweifellos eine spezifische Wirkung. Darüber ließe der Tierversuch keinen Zweifel. Dasselbe sei auch beim Menschen erwiesen. Im allgemeinen verschwinden die Spirochaeten schon 24 bis 48 Stunden nach der Injektion aus den syphilitischen Produkten. Geschieht das nicht, so war die Dosis zu klein, oder es handelte sich um arsenfeste Stämme.

2. Ferner veranlaßt die Injektion die Bildung spezifischer Antikörper. Bekanntlich hat Neisser in jahrelanger Arbeit diesen Weg der Beeinflussung der Syphilis aufs eifrigste verfolgt. Es scheint, daß die Behandlung mit 606 den Nachweis solcher Antikörper ermöglicht. Er erinnert an den Fall Täge, der von mehreren Seiten Bestätigung gefunden hat, daß syphilitische Kinder durch die Milch der mit 606 behandelter Mütter in ihrer Syphilis günstig beeinflußt wurden. Der Arsengehalt der Milch ist zu gering, um die Beeinflussung zu erklären, man muß an-



nehmen, daß das Kind per os spezifische Antikörper aufgenommen hat. Es handelt sich um ein Analogon zur Säuglingsimmunität. Sie ist therapeutisch wie wissenschaftlich von größter Bedeutung. Aus dem Blute von Patienten, die mit 606 behandelt worden sind, lassen sich Sera gewinnen, die erfolgreich bei Kindern verwandt werden können. Es wird aber immer zur direkten Behandlung mit 606 übergegangen werden müssen, wenn diese Serumbehandlung nicht ausreicht.

3. Weiter ist die spezifische Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols erwiesen durch die Beeinflussung der Wassermannreaktion. Es ist ganz sicher, daß die positive Reaktion mit der Anwesenheit von Spirochaeten zusammenhängt. Es ist wiederholt beobachtet worden, daß nach Anwendung von 606 die ursprünglich negative Reaktion erst positiv wird, um dann wieder negativ zu werden. Man findet das bei primärer Syphilis und bei bestimmten Formen der malignen Lues. E. nimmt an, daß in solchen Fällen die Zahl der Spirochaeten zu klein ist, um die positive Wassermannreaktion auszulösen. Nach der Behandlung durch den „Ictus immunisatorius" wird die Menge der die Reaktion gebenden Endotoxine eine so große, daß dann die Reaktion positiv wird, um nach Heilung wieder negativ zu werden. Die negative Reaktion nach 606 bedeutet noch nicht völlige Heilung, sondern eventuell nur zeitweise. Es ist also notwendig, die Behandelten in gewissen Zeiträumen mittelst der Serumreaktion zu kontrollieren.

4. Schwer zu erklären ist die Schnelligkeit der Wirkung. Es verschwinden die Beschwerden, ohne daß in dieser kurzen Zeit ein Abheilen der anatomischen Veränderungen erfolgt sein konnte. Man kommt dadurch zu der Anschauung, daß das Mittel eine eigenartige Wirkung auf die reizenden Sekretionsprodukte der Spirochaeten ausübt. Es gibt aber auch Beobachtungen, die wieder das Gegenteil zu bedeuten scheinen, so reaktive Erscheinungen, z. B. die bekannte Jarisch-Herxheimersche Reaktion der makulösen Exantheme. In solchen Fällen sind wohl durch zu geringe Dosen die Spirochaeten nicht abgetötet, sondern gereizt worden. Solche Beobachtungen wurden speziell von italienischen Ärzten veröffentlicht, bei ganz kleinen Dosen; 0·025 bis 0·05.

Was die therapeutische Taktik betrifft, so darf nicht außer Augen gelassen werden, daß es sich um ein arsenikhaltiges Mittel handelt. Doch scheint nach den bisher bekannten etwa 12.000 Fällen eine besondere Gefahr mit dem Mittel nicht verbunden zu sein. In dem Jenenser Fall, der eventuell mit durch das Mittel schlecht beeinflußt wurde, hat offenbar die Anwendung der sauren Lösung mitgespielt, die einen Schock veranlaßte. Bei den anderen 12 Fällen handelte es sich um schwere Störungen des Nervensystems. In solchen, sonst rettungslos dem Tode verfallenen Fällen wird man der Anwendung des Mittels so gegenüber zu stehen haben, wie der Chirurg einer gefährlichen Operation, aber die Folgen dem Mittel nicht zur Last legen dürfen. Kontraindiziert ist das Mittel bei Herzkranken und Erkrankungen der Gefäße.



Wichtig ist die Frage der Dosierung. Bei Nervenkranken wird man mit kleinen Dosen, nicht über 0·4 vorgehen. Es ist ferner notwendig, die Fälle an der Hand der Wassermannreaktion zu kontrollieren. Man kann aber zur Beurteilung des Arsenobenzols die Erfahrungen mit Arsenophenylglycin mit heranziehen. Mit diesem Mittel wurden bei 16% nach und nach der Wassermann negativ. Tritt keine dauernde Heilung ein, so ist das Mittel zu wiederholen. Bei kräftigen Menschen wird man versuchen müssen, mit einer Injektion von 0·8 ev. 1·10 den vollen Erfolg zu erzielen.

Weiter wurden über günstige Wirkungen von 606 berichtet bei Framboesie, bei Hühnerspirillose, beim Rekurrenz und schließlich auch bei Malaria, ferner bei Variola.

Diskussion und an Ehrlichs Ausführungen anschließende Vorträge:

Alt (Uchtspringe) berichtet über die Geschichte des Mittels. Er schlägt vor, die Kur mit einer intravenösen Injektion zu beginnen und drei bis vier Wochen später eine intramuskuläre oder subkutane Injektion folgen zu lassen. Er ist der Überzeugung, daß bei vorsichtigem Vorgehen sich Schädigungen durch das neue Mittel vermeiden lassen. Es wirkt, das darf man nicht vergessen, nicht bloß parasitotrop, sondern es hat auch eine Affinität zu den syphilitischen Sekreten und Krankheitsprodukten. Es erregt Entzündungen in ihrer Nachbarschaft. Mit solchen Reizerscheinungen muß man speziell bei der spastischen Form der Paralyse rechnen. Speziell bei der Taboparalyse ist nur etwas in der Frühperiode zu erreichen. Gut ist weiter die Wirkung bei Hirnlues. Aber der Schwerpunkt der Bedeutung des Ehrlichschen Mittels liegt in der Verhütung der schweren Nachkrankheiten.

Schreiber (Magdeburg) hat auch lokal das Mittel in 50%iger Salbe angewandt mit gutem Erfolge. Er warnt vor Injektionen saurer Lösung.

Zur intravenösen Injektion verwendet er 0·4 im Durchschnitt. Diese Menge kommt in einen graduierten Meßzylinder, der 10 bis 20 *ccm* steriles Wasser enthält. Nach kräftigem Umschütteln Verdünnung der Lösung auf etwa 100 *ccm* und Zufügen von soviel Natronlauge, daß eine vollkommen klare Lösung entsteht. (Für 0·4 606 2·5—3·0 Normalnatronlauge.) Auffüllen der Lösung bis 200 mit physiologischer Kochsalzlösung. Etwas anwärmen. Er injiziert mit der von ihm angegebenen Kristallglasspritze von Cassel.

Iversen (Petersburg) spritzt intravenös mittelst einer Glasflasche, die mit einem Gummiballon und einer Hohlnadel armiert ist. Im allgemeinen spritzt er intravenös 0·5 und 24 bis 48 Stunden später 0·3 intramuskulär.

Er hat weiter das Mittel bei Malaria angewendet, bei im ganzen 60 Fällen. Bei Tertiaria wurden durch 0·5 70% Heilungen erzielt. Die Patienten wurden 20 Tage beobachtet und untersucht. Bei 30% schwanden die Plasmodien nicht. Bei Quartana ist die Wirkung nicht ganz klar



Bei Tropika waren die Resultate nicht günstig. Das Allgemeinbefinden hebt sich wohl, aber die Parasiten schwinden nicht aus dem Blute. Die Versuche werden noch weiter fortgesetzt.

Wechselmann (Berlin) erwähnt, daß er mehrfach wiederholt injiziert hat. Er hat bei mehr als 1000 Fällen nie Intoxikationen gesehen, nur leichte Nebenerscheinungen. Er spritzt nicht bei Herzschwäche. Prof. Nikolai hat 38 Fälle in Bezug auf die Einwirkung aufs Herz verfolgt und keinen nachteiligen Einfluß gefunden. Er hat 2 Fälle mit Aortenverbreiterung ohne Schädigung behandelt. Eben so wenig wurden Schädigungen des Sehnerven beobachtet. Auch frische Sehnervenatrophie ist keine Kontraindikation. Nie ist in solchen Fällen eine Verschlechterung eingetreten. Tritt an der Injektionsstelle eine Nekrose auf, so ist es am zweckmäßigsten, sie indifferent zu behandeln.

Orth (Berlin) demonstriert zwei Präparate von Glutäalmuskulatur mit Injektionen von 606. Man sieht große gelbe Herde mit rotem Zentrum in der Muskulatur. Das Gelbe ist kein Eiter, sondern die abgestorbenen Muskelfasern machen die gelbe Färbung.

Miekley (Berlin) sah in der Lesserschen Klinik nie üble Nebenwirkungen. Von 65 Fällen wurden neun nach zwei Monaten bezüglich Wassermann negativ. Darunter waren gerade Fälle, die mit kleinen Dosen behandelt waren.

Uhlenhuth (Berlin) hat zuerst das Atoxyl bei Kaninchensyphilis angewandt. Diese Versuche fielen ermutigend aus. Später empfahl er Atoxyl in Verbindung mit Quecksilber.

Frau Dr. Margulies (St. Petersburg) berichtet über die Wirkung ungenügender Dosen von 606 im Tierversuch (Untersuchungen aus dem Speyerhaus, Frankfurt a. M.). Seit der Einführung von 606 in die Menschentherapie ist die Dosierung des Mittels Hauptfrage geworden. Da es beim Menschen nicht möglich ist, wie bei den Tieren mit der Dosis tolerata maxima den Heilversuch anzufangen, muß man beim Menschen anfangs ganz geringe Dosen geben, um erst allmählich und vorsichtig diese zu steigern.

Die Versuche waren angestellt mit drei Trypanosomenkrankheiten bei Mäusen und drei Spirillenerkrankungen, Rekurrens (bei Mäusen); Hühnerspirillose (bei Hühnern) und Syphilis (bei Kaninchen).

Die Trypanosomen ließen sich ziemlich schnell an 606 gewöhnen, und wenn man ganz langsam und vorsichtig die Dosen steigerte, verschwanden sie nie mehr, auch mit der Dosis tolerata maxima. Die Parasiten waren 606 fest geworden. Diese 606 festen Stämme waren auch fest gegen Arsazetin und Arsenophenylglyzin, was von vornherein auch zu erwarten war, auf Grund ihrer engen chemischen Verwandtschaft.

Ganz anders verhielten sich die Spirillen. Hier war es überhaupt nur möglich einen 606festen Stamm bei den Hühnerspirillen zu bekommen nach einer sehr langen Reihe von Tierpassagen. Dieselben verschwanden nicht mehr auch bei der doppelten Heildosis, hatten sich aber wesentlich



in ihren biologischen resp. pathogenen Eigenschaften verändert insofern, als sie nicht mehr dieselbe Virulenz wie der Ausgangsstamm aufwiesen.

Bei den Rekurrenzspirillen war trotz der 59. Passage keine Festigkeit eingetreten und dieselben verschwanden ganz restlos, wenn man nur die eingespritzte Dosis etwas erhöhte.

Dasselbe gilt auch für die Syphilisspirochaeten, welche wir bei den Kaninchen mit ganz kleinen Dosen, die 10 bis 15mal kleiner als die Heildosis waren, zu beeinflussen suchten. Nach 2 bis 3 solchen Einspritzungen wurde die Zahl der Spirochaeten immer geringer, bis sie endlich nach noch zweimaliger Behandlung vollständig verschwanden und der Primäraffekt heilte allmählich ab.

Dabei waren auch keine üblen Nebenerscheinungen und auch keine Überempfindlichkeit zu beobachten. Dieselbe wurde noch speziell geprüft bei gesunden Mäusen, welche mit wiederholten auf- und auch absteigenden Dosen gespritzt waren. Die Mäuse überstanden innerhalb 2 bis 3 Wochen die doppelttödliche Dosis, was ein indirekter Beweis für die relativ schnelle Ausscheidung des Mittels sein kann.

Stern (Düsseldorf) hat bisher 80 Fälle mit 606 behandelt. Er geht näher auf 5 Fälle ein, die er als Versager bezeichnet, weil trotz der Dosen von 0·7 ein sichtbarer Erfolg nicht eintrat. Es bleibt weiteren Beobachtungen vorbehalten, wie weit Fälle, die nach 4 bis 6 Wochen noch positiven Wassermann haben, als Versager zu bezeichnen sind. Er glaubt, 1. daß die durchschnittlichen Dosen von 0·5 in einmaliger Anwendung zu klein sein können; 2. daß selbst bei 0·7 sich arsenfeste Spirochaetenstämme sich bilden können und daß 3. die vielfach verbreitete Ansicht, die Lues könne mit einer Injektion geheilt werden, nicht für alle Fälle richtig sein könne.

Emery (Paris) berichtet über seine außerordentlich günstigen Erfahrungen mit 606. Er hat glänzende Heilungen danach gesehen.

Scholtz (Königsberg) erwähnt zunächst 3 von ihm beobachtete Versager mit 606, von denen 2 offenbar auf zu geringe Dosis, 0·3 und 0·4, einer auf einen arsenfesten Stamm zurückgeführt werden mußten. Dann geht er kurz auf die Technik ein und bemerkt, daß dieselbe seiner Ansicht nach noch nicht zur Zufriedenheit gelöst ist, denn bei den Injektionen Michaelis und Alt sind die Schmerzen doch noch oft recht erheblich, bei den Injektionen nach Wechselmann geht die Resorption durch Bildung abgekapselter Infiltrate bisweilen nicht gleichmäßig und schnell genug vonstatten. Scholtz konnte nach fast 7 Wochen nach der Injektion in wenigen cm^3 eines verflüssigten, faustgroßen Infiltrates Arsen nachweisen.

Er berichtet über einen Fall von hereditärer Lues, bei dem nach dem Vorgang von Täge der Mutter eine Injektion von 0·5 Arsenobenzol gemacht wurde, und bei dem von der Mutter gesäugten Kinde, hierauf innerhalb von 10 Tagen ein vollkommenes Abheilen des papulosquamösen Exanthems und der übrigen luetischen Erscheinungen erfolgte. In der Milch der Mutter konnten 48 Stunden nach der Injektion nur



ganz minimale Spuren von Arsen (weniger als $^1/_{10}$ *mg*) nachgewiesen werden, die für die Heilung wohl sicherlich nicht in Betracht kommen.

Daraufhin versuchte Scholtz bei Patienten mit florider akquirierter Lues eine Serumbehandlung direkt durch Injektion des Blutserums von Syphilitikern, die 48 Stunden vorher eine Injektion mit 606 erhalten hatten. In der Tat konnte auf diese Weise bei 2 Patienten eine nahezu völlige Abheilung des Exanthems und der nässenden Papeln erzielt werden, während bei 3 andern Patienten nur in den ersten Tagen eine Besserung eintrat, dann aber kein weiterer Fortschritt erfolgte und zu anderer Behandlung übergegangen werden mußte. Die Spirochaeten nahmen in allen Fällen nur an Zahl und Beweglichkeit ab, verschwanden aber nur vorübergehend, nicht dauernd. Die Spirochaeten werden offenbar durch diese Serumbehandlung nicht sehr erheblich beeinflußt, es handelt sich vielleicht nur um die Bildung antitoxischer Stoffe im Serum.

Eine Arsenwirkung kommt jedenfalls nicht in Frage, denn in 20 *ccm* des verwandten Serums konnten nur minimale Spuren (weniger als $^1/_{10}$ *mg*) Arsen nachgewiesen werden und den Kranken wurden bisher nur 30—50 *ccm* injiziert.

Michaelis (Berlin): Über die Löslichkeitsverhältnisse des Arsenobenzols sind vielfach nicht zutreffende Ansichten verbreitet. Das A. ist ein amphoterer Elektrolyt, der sowohl in saurer Lösung als Kation, wie in alkalischer Lösung als Anion leicht löslich ist. Dazwischen gibt es eine ganz bestimmte, von der neutralen nicht weit entfernte, sehr schwach alkalische Reaktion (die „isoelektrische Wasserstoff-Jonenkonzentration"), bei der die Löslichkeit des A. ein Minimum erreicht. Diese Reaktion ist nun gerade die des Blutes und der Körpersäfte. Daraus folgt, daß das A. gerade bei der Reaktion des Blutes extrem schwer löslich ist. Injiziert man eine alkalische Lösung, so bleibt diese im Organismus nicht total gelöst, sondern läßt den Niederschlag ebenso ausfallen wie in vitro und es bildet sich ebenfalls ein Depot. Die Löslichkeit des freien Arsenobenzols im Blute ist noch nicht genau untersucht worden, dürfte aber nach Ms. Schätzung $^1/_{10000}$ Proz. nicht viel übersteigen. Infolgedessen kann die Konzentration des Blutes an Arsenobenzol niemals einen hohen Betrag annehmen, worauf vielleicht die relative Ungiftigkeit mit zurückzuführen ist. Bei dem löslichen Atoxyl liegt dies eben ganz anders.

Es ist nicht zutreffend, wenn man der alkalischen Lösung eine schnellere Wirksamkeit zuschreibt, als der neutralen Suspension, denn gerade bei der Injektion der neutralen Suspension beobachtete M. innerhalb der ersten 6—24 Stunden das nunmehr wiederholt beschriebene Nachlassen der Schluckbeschwerden bei der Angina specifica, die Abschwellung der Infiltration bei Gummen, die Austrocknung nässender Ulzerationen. Als Injektionsort gab M. vor kurzem das subkutane Gewebe des Rückens an, möchte aber angelegentlichst empfehlen, die Injektion etwas tiefer, in die oberflächlichste Muskelschicht des Rückens oder noch



besser der unteren seitlichen Thoraxpartien zu legen. Das Infiltrat wird dann entschieden viel seltener und geringer.

Dohi (Tokio): Diese Naturforscherversammlung hat durch die beiden Vorträge von Neisser und Ehrlich den Gipfel des allgemeinen Interesses erreicht. Er demonstriert in mehreren Tafeln mit Photographien seine ersten beiden Fälle, die er mit 606 behandelt hat. Man sieht den täglichen Rückgang der papulösen wie ulzerösen Formen nach der intramuskulären Injektion von je 0·5. Bemerkt sei, daß die vorherige Untersuchung der Kranken auf Wassermann und Spirochaeten positiv ausfiel. Das Endresultat dieser und weiterer Fälle wird Professor Tanaka (Tokio) an anderer Stelle mitteilen.

Volk (Wien): Die Bereitung der Emulsion mit Oleum sterilisat. ist eine sehr einfache und gibt gute Resultate. Es wäre möglich, diese Emulsion event. dem Arzte gebrauchsfähig in die Hand zu geben.

Er berichtet über 62 Fälle aller Stadien der Syphilis. Nicht bei allen Fällen war die Wirkung gleich gut; es gibt auch Exantheme, auf die Hg besser wirkt. Es konnte keine schwere oder bleibende üble Nebenwirkung konstatiert werden.

Reinjektionen wurden gut vertragen. Die Wirkung auf den Gesamtorganismus ist im allgemeinen eine sehr gute. Der Wassermann wurde erst nach vielen Wochen negativ. V. berichtet über 2 Fälle einer auffallend verspäteten Jarisch-Herxheimerschen Reaktion und über 4 Fälle von Rezidiven.

Grouven (Halle) berichtet über 200 mit 606 behandelte Fälle. Die Warnung Ehrlichs, es bei schweren Störungen des Gefäß- und Nervensystems anzuwenden, ist zweifellos berechtigt. Intoxikationserscheinungen vorübergehender Art sind sowohl bei der intramuskulären wie bei der intravenösen Injektion möglich. Im Gegensatz zu dem schnellen Schwinden der Wassermannreaktion bei Parasyphilis hat G. in früheren Stadien der Syphilis nur ein langsames Schwächerwerden der Reaktion feststellen können, ein Hauptgrund für ihn, diesen Wechsel durch wiederholte Injektionen möglichst zu erzwingen.

In 3 Fällen von Primäraffekt konnten Injektionen von 0·3, 0·4 und 0·5 das Auftreten von Sekundärerscheinungen nicht verhindern.

Glück (Serajewo) hat 417 Fälle mit 606 behandelt, er hat nie üble Folgen gesehen trotz hoher Dosen bis 0·8. Er hatte gute Erfolge.

Citron (Berlin) füllt aus der saueren Lösung die Base durch Kalziumkarbonat aus und zwar in einer eigens konstruierten Spritze.

Friedländer, M. (Berlin): Primäraffekte, auch gangränöse, heilten durchschnittlich in 10 bis 12 Tagen, mit ihnen die Bubonen, auch solche, welche vorher eine Operation zu erfordern schienen. Hervorragende Erfolge bei ulzerösen Hautsyphilitiden, besonders günstig wurde hierbei die Kachexie beeinflußt. Ein Mädchen mit Verdacht auf Phthise nahm in 3 Wochen 17 Pf. zu. Vortragender demonstriert die Bilder besonders augenfälliger Fälle, darunter auch solcher, die auf Hg und Jod nicht reagiert hatten. Die präventive, intermittierende Behandlung ist



zu unterlassen, 606 soll nur bei frischen Symptomen, zu denen auch die positive Wassermannreaktion gehört, angewendet werden.

Grünfeld (Odessa) hat im ganzen 50 Fälle behandelt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. das Ehrlichsche Mittel 606 kann bei vorschriftsmäßiger Anwendung keine Schädigung auf den Organismus ausüben; 2. die schnellste Wirkung des Arsenobenzols ist bei Lues maligna zu verzeichnen und zwar in Fällen, wo Quecksilber und Jod keinen oger sehr geringen Einfluß ausüben; 3. eine gute und prompte Wirkung ist in Fällen von tertiärer, event. hereditärer Syphilis zu konstatieren, wobei 606 intensiver und schneller wirkt als Hg und Jod.

Schindler (Berlin) berichtet über einen Versager. 0·45 606 war bei einem Lippenschanker wirkungslos.

Blumenfeld (Lemberg). Bericht über 50 Fälle. Sämtliche wurden in sehr kurzer Zeit günstig beeinflußt. Spezielle Aufmerksamkeiten verdienen die syphilitischen Heiserkeiten. Es wurden solche gegen Hg und Jod absolut refraktäre Fälle mit vollem Erfolge behandelt. Die Reinigung der Stimme erfolgte in 3 bis 10 Tagen. Ganz frische, bisher unbehandelte Fälle zeigten die stärksten Temperaturerhöhungen. Die Jarisch-Herxheimer'sche Reaktion tritt viel intensiver aus, als dies bei Hg und Jod der Fall ist. Üble Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Saalfeld (Berlin) berichtet über einen Fall von Mastdarmsyphilis mit Strikturerscheinungen und über einen Fall von Lichen ruber planus verrucosus bei einem Syphilitiker, die sehr günstig beeinflußt wurden. Besserung bei drei Fällen von Tabes. Zweimal kam unter 26 Fällen ein Arzneiexanthem zur Beobachtung, einmal in masernähnlicher Form mit Purpura, das zweite Mal als Erythema exaudativum multiforme mit vorübergehender Bildung von flachen Knoten.

Pick (Wien) weist auf die Verschiedenheit der Intensität der Reaktion nach der Injektion von 606 hin. Es finden sich Fälle mit Herabsetzung der Diurese und Pulsbeschleunigung neben solchen ohne subjektiven Beschwerden und mit so gut wie keinem Fieber. Es gibt Fälle, wo wir über die Toleranz dem Mittel gegenüber im Zweifel sind. Die Versuche, durch innere Darreichung des Mittels einen Anhaltspunkt zu gewinnen, schlugen fehl, deswegen machte Pick probatorische Injektionen von 0·03. Bei dieser kleinen Dosis war die Verschiedenheit der Reaktion schon sehr deutlich. Er wird jedenfalls in jenen Fällen, wo auf die probatorische Injektion eine starke Reaktion eintritt, bei der späteren therapeutischen Injektion niedrigere Dosen anwenden als bei den nichtreagierenden.

Juliusberg (Posen) hat bisher Dosen von 0·4 bis 0·6 angewendet, nie schwere Nebenerscheinungen gesehen. Die besten Erfolge hatte er bei Spätlues und Lues maligna. Auch andere Syphilide als die der Haut, so die der Schleimhaut, zeigten Reaktionen analog der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion.



Gemeinschaftliche Sitzung der Abteilung für Dermatologie und der Abteilung für Kinderheilkunde. Mittwoch, den 21. September 1910.

1. **Schkarin** (St. Petersburg). Anwendung der Wassermann'schen Reaktion bei Kindern.

Nach Angabe der Technik berichtet der Vortragende über die Resultate, die er selbst hatte. Von sicher syphilitischen Kindern reagierten alle positiv, von Kindern, die verdächtig waren, der größte Teil. Er weist auf die Bedeutung der Reaktion hin.

Diskussion: Hochsinger (Wien) betont die Zusammenhänge zwischen Syphilis und Organerkrankungen der Kinder. Er weist auf den Zusammenhang zwischen Hydrozephalus und Lues hin. Ferner haben Kinder mit vergrößerten Kubitaldrüsen meist positiven Wassermann-Ekzemformen, speziell die Erscheinungen der exsudativen Diathese findet man selten bei Lues.

Grosser (Frankfurt a. Main) hat bei 200 Kindern Wassermann gemacht. Viele Kinder mit vergrößerten Kubitaldrüsen reagierten negativ, ebenso alle Hydrozephalusfälle.

2. **Galewsky** (Dresden). Über die Therapie des Säuglingsekzems.

Infolge der modernen Bestrebungen in der Ernährung des Säuglings, infolge der Aufmerksamkeit, die man der Lehre von den Autointoxikationen und ihrem Verhältnis zur Haut geschenkt hat, haben sich die Ansichten über die Ätiologie und Therapie des Säuglingsekzems wesentlich verschoben. Das Ekzem ist die wichtigste Hauterkrankung der ersten Kindheit. Bohn konstatiert unter 204 Fällen von Kinderekzem im ersten Jahr 70, im zweiten Jahr 56; Bulkley unter 615 Kinderekzemen 338 im ersten und zweiten Jahre. G. selbst hat in seiner Kinderpoliklinik unter 500 hautkranken Kindern 99 Ekzeme im ersten Jahre, 91 nach dieser Zeit behandelt, also unter 500 hautkranken Kindern 190 Ekzeme konstatiert. Er unterscheidet folgende Formen:

1. sehen wir das Säuglingsekzem von der Seborrhoe des Kopfes, vom Gneis, ausgehen und allmählich über das ganze Gesicht sich ausbreiten; oder wir sehen 2. scharf abgegrenzte große Flächen, vornehmlich auf Stirn, Backen und Kinn; oder 3. kleine Inseln zerstreut, mehr seborrhoischer Natur, im Gesicht; dazu kommt 4. das intertriginöse Ekzem, welches sehr oft sämtliche Gelenkbeugen und -falten ergreift. Mit Feer macht G. noch aufmerksam auf das nässende, krustöse Ekzem der monströs dicken, lymphatisch anämischen Kinder und auf das mehr disseminierte, trockne Ekzem der mageren anämischen Kinder.

Was ist die Ursache dieser so häufigen Säuglingsekzeme?

G. erinnert an die Mitteilung von Hanke 1808 und Jörg 1826 über den Einfluß zu starker Ernährung. In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts ist bes. Bohn für den Zusammenhang des Ekzems mit der



Ernährung eingetreten. Er machte auf die Fettsucht der Säuglinge aufmerksam. Aber nicht nur die Übernährung, die Bohnsche Fettsucht, ist die eigentliche Ursache, diese liegt in der eigentlichen Diathese, auf deren Boden das Ekzem entsteht. Diese Diathese ist unter den verschiedensten Namen: lymphatische Konstitution, lymphatische Diathese, Neuro-Arthritismus und als exsudative Diathese bezeichnet worden, Während man früher unter dem uralten Ausdruck Lymphatismus die abnorme Beschaffenheit der Lymphe als Krankheitsursache ansah, war es Paltauf, der zuerst 1889 unter dem Namen Status lymphaticus oder thymicus eine Konstitutionsanomalie beschrieb, die, bestehend in der Vergrößerung ausgedehnter Lymphdrüsenkomplexe, in der Vergrößerung der Tonsillen und Follikel, des Zungengrundes, in der Schwellung der Milz und Follikel etc. ihre Träger körperlich minderwertig macht und weniger widerstandsfähig gegen Reize jeder Art. Escherich erklärte diese Diathese mit einer Funktionsstörung der Thymusdrüse. In Frankreich beschrieb Comby einen ähnlichen Symptomenkomplex als Arthritismus.

Seit 1905 versuchte Czerny als „exsudative Diathese" ein Krankheitsbild aufzustellen. Er bezeichnet die exsudative Diathese als eine kongenitale Anomalie bei Abkömmlingen pathologischer Eltern als ererbten Defekt des Organismus, bestehend vor allem in einer Überempfindlichkeit der Haut (Hyperhidrosis, angioneurotische Störungen, Neigung zu Ekzem, Prurigo, Strophulus), in systematischer Schwellung des lymphatischen Gewebes, in Schnupfen, Asthma etc., Pharyngitiden, in nervösen Störungen (Schlafstörungen), in Blepharitiden, Landkartenzunge, zirkulärer Karies der Zähne etc. Dieser Symptomenkomplex der exsuativen Diathese ist heute von der Mehrzahl der Kinderärzte angenommen. Wenn auch vieles an dieser Hypothese unbewiesen ist, so ist doch zweifellos, daß ein großer Teil der als exsudativ erscheinenden Kinder Ekzemkinder sind und daß mit dem Rückgang der exsudativen Diathese auch ein Rückgang der Ekzemerscheinungen erfolgt.

Wie steht es nun mit der Skrofulose? Gibt es eine Säuglingsskrofulose oder nicht?

G. glaubt mit der Mehrzahl der Pädiater nicht an ein Bestehen von Säuglingsskrofulose, wie ja auch fast regelmäßig die Pirquetsche Probe beim Säugling negativ ausfällt. Er glaubt nur an das Bestehen einer exsudativen Diathese, deren Prädisponieren für Tb. als geeigneter Boden, auf dem sich die Tuberkulose nach dem Säuglingsalter entwickelt. Wenigstens lassen sich alle Erscheinungen, die früher als Skrofulose des Säuglings angesehen wurden, unter dem Bilde der exsudativen Diathese zusammenfassen.

Aber nicht nur diese Diathese kann die Ursache des Säuglingsekzems sein, die Ursache liegt oft in der chemischen Zusammensetzung der Kost. Finkelstein hat in einer Arbeit: „Zur diagnostischen Behandlung des konstitutionellen Säuglingsekzems" darauf hingewiesen, daß es die Molkensalze sind, die auf die Fortdauer des Ausschlags einen Einfluß haben und daß demgemäß von einer Verminderung dieser Nahrungs-



bestandteile eine günstige Wirkung zu erwarten sei. Er hat infolgedessen eine Ernährungsweise angegeben, mit welcher es ihm gelungen ist, in acht Fällen von schwerem Ekzem günstig zu wirken, aber bei allen Kindern traten etwa 14 Tage nach Wiederbeginn einer Ernährung im Sinne Bohns Rezidive auf. Seine Angaben wurden von Langstein, Heubner u. a. bestätigt, von Wirtz u. a. bestritten. G. selbst sah Besserungen, aber keine Heilung. Auffallend ist, daß man oft im Gegensatz zur Finkelsteinkost mit Kuhmolke, also mit fettarmer, aber sehr salzreicher Kost, Besserung erzielt.

Außer diesen allgemeinen Ursachen spielt die Heredität zweifellos eine gewisse Rolle. Es gibt Ekzemfamilien, in denen diese Disposition vererbbar ist, ohne daß man bei den Kindern von einer lymphatischen Diathese sprechen könnte, und es müssen ferner noch ganz besonders die äußeren Reize, Unsauberkeit, die Se- und Exkrete, die vorhin bereits erwähnten seborrhoischen Ablagerungen, für das Entstehen aller intertriginösen Ekzeme verantwortlich gemacht werden, wenn sie auch für die Entstehung des reinen Milchschorfs von verhältnismäßig untergeordneter Bedeutung sind. Außerdem können Ekzeme auch im Säuglingsalter als Folgeerkrankungen einer Reihe von Dermatosen auftreten, so der Skabies. Von Wichtigkeit ist außer anderen die Trockenheit der Haut, Xerodermie oder der abnorm starke Fettgehalt, Steatodermie.

G. glaubt mit vielen Autoren nicht an die infektiöse Ursache des Ekzems; wenigstens für das Säuglingsekzem ist sie zweifellos nicht anzuerkennen, hier spielen die Kokken nur eine sekundäre Rolle beim impetiginösen Ekzem.

Von französischer Seite (Comby, Gaucher, von deutscher Seite von Henoch) werden immer noch die Metastasen des Ekzems, das sog. Zurückschlagen, das Auftreten innerer Erkrankungen beim Abheilen des Ekzems, angeführt, und Henoch speziell warnte vor dem schnellen Abheilen großer, flächenhafter Ekzeme, um das Auftreten innerer Komplikationen zu vermeiden. G. schließt sich bezüglich des Ekzemstod Feer an, der den Ekzemtod mit dem Lymphatismus zusammenbringt und die Diathese dafür veranwortlich macht.

Die Ekzembehandlung zerfällt also in eine allgemeine und in eine lokale. Insbesondere beim Säugling muß innere und äußere Behandlung Hand in Hand gehen. Die Ärzte, welche allein für eine allgemeine Behandlung des Ekzems plädieren, vergessen, daß jedes Ekzem ein chronischer Katarrh der Haut ist, welches zu Rückfällen neigt, sie vergessen, daß ein länger bestehendes Ekzem wohl oberflächlich abheilen kann, daß aber, entlang der Gefäße z. B., kleinzellige Infiltrationsherde zurückbleiben, daß bei langdauerndem Ekzem bindegewebige Verdickungen von fast elefantiastischer Art sich bilden, daß die Ekzemhaut des Kindes scheinbar abgeheilt sein kann, ohne es zu sein und auf jeden äußeren Reiz, auf jede Änderung in der Ernährung wieder ekzematös reagieren wird.



Entsprechend unserer Anschauung zerfällt also die Behandlung in eine allgemeine und in eine lokale. Die allgemeine Behandlung soll vor allem in einer Änderung der Ernährung bestehen.

Wir werden auf eine Verminderung der Nahrung zu sehen haben, ev. für einen Ersatz einer oder mehrerer Milchmahlzeiten durch nährstoffärmere Flüssigkeiten zu sorgen haben. Der Säugling soll nicht mehr als 5 Mahlzeiten pro Tag, darunter 2 reichlichere erhalten. Die Milchmenge soll nicht mehr wie 500—800 *g* pro die betragen, wie ja auch Czerny auf dem Standpunkt steht, daß bei den exsudativen Kindern die kleinste zum Gedeihen ausreichende Milchmenge nur gegeben werden darf. Dafür kann das Fett durch Kohlenhydrate, durch Schleimsuppen ersetzt werden, wir können also die Milch mit Schleimsuppen, mit Mehlabkochungen (mit Zucker) oder Griesabkochungen verdünnen.

Vom vierten bis sechsten Monat ab soll die Milch noch mehr durch Suppen und Gemüse ersetzt werden. Czerny gibt hierzu $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter Milch täglich, dafür können als Fettersatz Kohlehydrate, Fruchtsäfte, gekochtes Obst, grüne Gemüse gegeben werden. Anstatt der Vollmilch kann nach Feer Molke, also entrahmte Milch, die nur 0·2 bis 0·2% Fett enthält, oder Buttermilch oder alkalisierte Buttermilch (Wirtz) gegeben werden. Zu vermeiden sind insbesondere Eier, die gänzlich unnötig sind, Rahm, Butter usw. Nach dem Abheilen muß noch monatelang ein Fortsetzen der fettarmen Nahrung erfolgen. Unter diesem Regime wird man in einer außerordentlich großen Anzahl von Fällen bei den exsudativen Kindern eine sofortige Besserung, sehr oft Heilung eintreten sehen, namentlich wenn die entsprechende äußere Behandlung hinzukommt. Wir dürfen aber natürlich nicht vergessen, daß sehr oft auch die psychische Behandlung, die darin besteht, daß das Kind ins Krankenhaus, in andere Umgebung, in andere Pflege kommt etc., auch ihre Wirkung auf die Abheilung ausübt. Bei den anämischen Kindern mit disseminiertem Ekzem (Feer), bei denen die Assimilation schlecht ist und anstatt zur Überfütterung zur Unterernährung führt, werden wir ebenfalls vorsichtig in dieser Form behandeln und allmählich zu fettreicherer Form übergehen. Ganz besonders ist bei diesen Kindern auch auf die Regelung der Darmfunktion zu sehen.

In einer Reihe von Fällen, in welchen diese Ernährung versagt, werden wir versuchen, in Finkelsteins Sinn durch Änderung der Nahrung selbst, durch Weglassen der Molkensalze, das Ekzem günstig zu beeinflussen. Die Kinder nehmen die Finkelsteinsche Suppe im allgemeinen sehr gern.

Auffallend ist, daß im Gegensatze zur Finkelsteinschen Kost oft die fettarme, aber sehr salzreiche Molke Heilung und Besserung beim Säuglingsekzem erzielt. Ein abschließendes Urteil über die innere Behandlung des Säuglingsekzems steht noch aus, aber eines steht nach G. fest: daß wir bei allen diesen exsudativen Kindern, bei diesen überernährten, pastös überernährten Prachtkindern versuchen müssen, durch Änderung der Nahrung auf den Allgemeinzustand einzuwirken, daß wir



durch eine gewisse Unterernährung, durch eine Art Hungerdiät, durch das Herabbringen des Gewichtes, eine Umstimmung im Stoffwechsel hervorrufen müssen, die oft schon allein genügt, das Ekzem wesentlich zu bessern.

Die Allgemeinbehandlung durch innere Mittel ist verhältnismäßig einfach. Man kann geringe Mengen Arsen bei langdauernden Ekzemen in Milch geben (bis 3 gtt. beim Säugling) und man wird den starken Juckreiz durch Antipyrin (Antipyrini 1·5 Agua dest, sirup. aa 25·0 1—2 Kaffeelöffel) zu lindern suchen. Daneben sind bei gastrischen Störungen die bekannten Abführmittel und Darmdesinfizientien zu geben (Ichthalbin; Kalomel 0·01 3—4mal pro die; Benzonaphthol 0·2 etc.).

Was die lokale Behandlung betrifft, so ist in erster Reihe zu sehen, daß durch das Verbinden der Hände, durch das Tragen von Manschetten um die Ellbogen, durch Abschneiden der Nägel das Kratzen unmöglich gemacht wird, ferner ist für Reinigung der Haut durch Bäder, bes. mit Kamille, Feldkümmel und Kleie (ohne Seife!) zu sorgen. Nässende Ekzeme sind zum Trocknen zu bringen, entweder durch Puder oder durch Trockenpinslung oder durch feuchte Verbände (bes. mit $^1/_4$%igem Resorzin). Ist das Ekzem trocken, so folgt Verband mit Zinkpaste, besser Lenigallozinkpaste (1—10%). Bei starkem Juckreiz wählt man Tumenolzinkpaste oder Teerpaste. Sehr widerspenstige Ekzeme werden nach der Burchardt-Methode mit Argent. nitr. gepinselt und mit Lenigallolpaste verbunden. Ist das Ekzem trocken, so erfolgen Verbände mit erweichenden Salben; ung. diachylon, vaselini plumb.

Sitzung am Mittwoch, den 21. September, nachmittag 3 Uhr.

1. **Kedrowski** (St. Petersburg). Demonstrationen von Diapositiven von Leprabazillen, von Menschen und geimpften Tieren.

K. hat vor 12 Jahren begonnen, Leprabazillen auf Kaninchen zu übertragen. Bei einem der Tiere entstanden nach $1^1/_2$ Jahren Lähmungen der hinteren Extremitäten. Mikroskopisch fanden sich im Rückenmark massenhaft Leprabazillen. Weitere Impfungen auch auf weiße Mäuse Mäuse erfolgreich. In einem zweiten Fall gelang die Übertragung und Weiterimpfung in gleicher Weise.

2. **Schindler** (Berlin). Über neuere Methoden der Gonorrhoebehandlung.

a) Über die Behandlung der akuten Harnröhrengonorrhoe mit 3 und 5%igen Protargollösungen. Schindler bezeichnet diese Behandlung, obgleich sie abortiv wirken kann und öfters wirkt, nicht als Abortivbehandlung, denn es gibt keine Kontraindikation dagegen. Es



stellt sich heraus, daß immer unter einer Gruppe von 10 zu gleicher Zeit mit der gleichen Methode behandelten Fällen 2—3 abortiv heilen, 4—5 in 6—14 Tagen und die Minderzahl in 3—4—5 Wochen, indem bei diesen öfters Rezidive auftreten, sobald man frühzeitig die Behandlung aussetzt.

b) Über die Vakzinebehandlung. Dieselbe eignet sich nur für Epididymitis, Arthritis, Adnexitis, Prostatitis. Die Vakzine wirkt bei der Epididymitis schmerzlindernd und den Krankheitsverlauf abkürzend. Aber die Vakzinebehandlung allein ohne Hitzebehandlung oder unter Umständen ohne Punktion erzielt niemals eine Restitutio ad integrum. Die Vakzine hat nicht diese ihr immanente Fähigkeit; wo eine Restitution eingetreten ist, wäre sie ohne Vakzine auch eingetreten.

Verblüffende Erfolge kann man bei Prostatitis und Adnexerkrankungen erhalten, wahrhaft spezifischer Art, aber ebenso verblüffende Mißerfolge in ganz gleichen Parallelefällen. Die Wirkung der Vakzine ist daher inkonstant, immerhin aber reichlich zu versuchen, da sie niemals schadet, oft aber doch in einzelnen Fällen wunderbar wirken kann.

3. **Lewin** (Berlin). Zur Vakzinebehandlung gonorrhoischer Prozesse.

Berichtet über Erfahrungen an 55 Patienten. Er bediente sich ausschließlich der von der Firma Parke Davis & Co. hergestellten Standard Gonokokken-Vakzine, die im *ccm* 5 bzw. 50 Millionen Gk. enthält und faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

a) Irgend eine Beeinflussung der frischen, mit starker Sekretion einhergehenden gonorrhoischen Prozesse durch Gonokokkenvakzine ist nicht zu konstatieren.

b) Lokalisierte, abgekapselte Gonorrhoeprozesse sind einer Vakzinetherapie zu unterziehen, die bei Epididymitis und Arthritis gonorrhoica beachtenswerte therapeutische Resultate geben kann. Diese Heileffekte werden noch verbessert werden, wenn wir die Vakzinetherapie mit anderen bekannten Behandlungsmethoden, die in Ls. Fällen wegen der wissenschaftlichen einwandsfreien Beobachtung unterblieben sind, kombinieren.

c) Irgend eine nennenswerte Schädigung des Organismus ist bei richtiger Anwendung und Dosierung der Vakzine-Präparate nicht zu befürchten.

d) Welche Gonokokken-Vakzine unter den im Handel käuflichen die besten therapeutischen Resultate gibt, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

4. Fräulein **Dembska** (St. Petersburg). Vakzinetherapie bei Gonorrhoe.

Hat mehr als 50 gynäkologische Fälle mit einer selbst hergestellten Vakzine behandelt.

Standardisiert wurde die Vakzine in folgender Weise: 1·0 *ccm* wurden in einem graduierten Röhrchen zentrifugiert, bis der Bodensatz



konstant blieb. Nach der Höhe des Bodensatzes wurde die Stärke der Vakzine bestimmt. Folgende Resultate:

1. Die entzündlichen Neubildungen gelangten schnell zur Resorption. Nach der ersten Injektion oft eine Zunahme der Schmerzhaftigkeit und Schwellung des pathologischen Herdes. Diese lokale Reaktion scheint zu beweisen, daß die Vakzine wirklich am Orte der Affektion angreift.

2. Die bindegewebigen Residua werden allmählich weicher und nachgiebiger.

3. In chronischen Fällen entstand oft der schon lange sistierte Ausfluß nach der 3. bis 4. Injektion von neuem. Das scheint Wrights Meinung über die Beförderung des Lymphstromes durch den Krankheitsherd zu bestätigen.

Vor der Behandlung untersuchte D. das Blutserum auf die Anwesenheit von Antikörpern; sie vakzinierte nur die Patientinnen, welche bei der Bordet-Gengouschen Reaktion eine klare Hemmung der Hämolyse gaben. Sie fand, daß im Anfang unter dem Einfluß der Vakzination eine Anhäufung von Antikörpern im Serum stattfindet, ihre Menge geh dann herab und schwindet gänzlich. Nur die Fälle sind geheilt, die nach der Therapie die volle Hämolyse gaben.

Diskussion über die drei Vorträge über Vakzinetherapie der Gonorrhoe.

Petersen (St. Petersburg) hat einen Fall von Endocarditis gonorrhoica mit gutem Erfolge mit Vakzine behandelt.

Friedländer (Berlin) hat seine Versuche mit der Reiterschen Vakzine fortgesetzt.

Stein (Görlitz) hatte gute Erfolge bei Arthritis und Epididymitis.

Juliusberg (Posen) hatte bei einer Anzahl Fälle von Vulvovaginitis gonorrhoica keinen Einfluß gesehen.

Neisser (Breslau) rät, die Vakzine bei Epididymitis, Prostatitis und Adnexerkrankungen anzuwenden. Die Resultate seien gute. Bei Epididymitis kombiniert er die Vakzinebehandlung mit der Thiosinaminbehandlung. Auch bei Vulvovaginitis würde er weiter zu den unschädlichen Versuchen mit der Vakzine raten, da diese Erkrankung bei anderer Therapie besonders resistent ist.

Friedländer (Berlin) erinnert daran, daß er das Thiosinamin immer geschätzt hat.

5. **Heidingsfeld** (Cincinnati). Schwarze Haarzunge.

H. ist der Meinung, daß die meisten der bisher publizierten 100 Fälle keine echten Fälle sind, bei denen es sich nur um eine vorübergehende Verfärbung handelt und die Haare sehr kurz sind. Er berichtet über zwei Fälle, bei denen die haarigen Herde jahrelang ohne scheinbare Änderung bestanden und die Haare 2—8 *cm* maßen. Die Fälle waren nicht prädisponiert, weder durch Lues, noch durch Magenstörungen, noch durch lokale Agentien. Histologisch finden sich die wesentlichsten Veränderungen im Rete mucosum. Die haarähnlichen Bildungen sind nicht,

wie man vielfach annimmt, hypertrophische Papillae fili formes, sondern sie entsprechen den Cornua cutanea.

6. **Stein** (Görlitz). Über Ekzemtherapie.

Er ist ein Freund guter Salbenverbände. Er verwendet vorwiegend das Ung. vaselini plumbicum und die Lassarsche Paste, erstere bei krustösem, impetiginösem und chronisch infiltriertem Ekzem, letztere hauptsächlich in der Modifikation Zinci oxyd., amyli aa, 1·0; Adeps. lan. 2·0, Oleum oliv. 2·0, Aqua dest. 2·0. Als medikamentöse Zusätze für die letztere Salbe empfiehlt er Tumenol, Lenigallol und Teer, im Beginn mit ganz schwachen Konzentrationen.

Weiter ist von guter Wirksamkeit bei den nässenden Formen insb. bei Kindern die Pinselung mit Arg. nit. 1·0; ferner bei infiltrierten Ekzemen das Emplast. sap. salic. 5—10%.

Bei den seborrhoischen Formen empfiehlt er Schwefel, bei den großlamellösen, mit Psoriasis verwandten Formen das Chrysarobin, bei den parasitären Formen die Pyrogallussäure.

Von Wichtigkeit ist die Stellungnahme der Röntgenbehandlung zum Ekzem. Sie ist indiziert insbesondere bei hartnäckigen Formen, speziell bei Lichenifikationen, sofern dieselben auf Behandlung mit Salben nicht prompt reagieren.

Diskussion. Neisser (Breslau) schließt sich Stein an, daß es beim Ekzem auf sorgsamste Technik ankommt. Auch er sah das Tumenol oft recht wirksam. Nicht verständlich ist ihm, warum Stein der Zinkpaste Wasser zusetzt. Er vermißt in Steins Ausführungen die Trockenpinselungen. Von Röntgenstrahlen sah er bei Ekzem vorzügliche Erfolge, speziell bei Lichen Vidal und anderen chron. Formen, allerdings muß der Arzt, der Röntgenstrahlen verwendet, die Technik völlig beherrschen.

Schindler (Berlin): Es gibt Patienten, die keinen Verband vertragen. Er verdünnt bei solchen Patienten die Zinkpaste zu 1/3 mit Vaselin, reibt sie ein und pudert darüber.

Galewsky (Dresden) bemerkt, daß der Anthrasol anders sei wie früher. Er ist zum Liquor detergens zurückgekehrt.

Friedländer (Berlin) vermißt die Lassarschen Teerbäder.

7. **Hübner** (Marburg) demonstriert stereoskopische Photographien der Hautoberfläche, die mittels des Zeissschen binokularen Mikroskops hergestellt sind.

Durch die den stereoskopischen Bildern eigentümliche Hervorhebung des Charakteristischen eignen sie sich besonders zu didaktischen Zwecken. Sie zeigen bei 6—10facher Vergrößerung Details z. B. der Schuppung und von Entzündungszuständen in der Haut, die ein besseres Verständnis für das Zustandekommen und den Ablauf dieser pathologischen Vorgänge ermöglichen.

8. **Engelmann** (Kiza) berichtet über 3 Fälle von gummöser Harnblasenerkrankung, die von ihm zystoskopisch diagnostiziert und beobachtet worden sind, mit Demonstration farbiger Abbildungen der zystoskopischen Befunde. Die Erscheinungen bestanden zum Teil in



inkrustierten Geschwüren, zum Teil in ulzerierten tumorartigen Bildungen, deren syphilitische Natur durch die prompte Ausheilung nach Einleitung der antiluetischen Allgemeinbehandlung erwiesen wurde.

Sämtliche Fälle betrafen syphilitische Individuen, deren Infektion 15—20 Jahre zurückdatierte.

9. **Sewade** (Halle). Idiopathische Hautatrophie mit Hyperkeratose der Handflächen.

Der Fall, von dem Moulagen demonstriert werden, betrifft ein 7jähriges Bauernkind, bei dem die Hautveränderungen $^1/_2$ Jahr nach der Geburt begonnen haben. Das Gesicht ist in toto befallen. Die Follikelmündungen sind nicht zu erkennen, Augenbrauen und Zilien fehlen vollkommen. Das Aussehen des Gesichtes ist fleckig. Es wechseln hochrote bis livide Flecken und feinste Streifen mit porzellanweißen und weißlich grauen Flecken ab. Die Größe der Flecke schwankt von Stecknadelkopfbis Linsengröße. Die hochroten Flecken zeigen besonders auf den Wangen baumartig verästelte feinste Äderchen, auch sind sie gegen das allgemeine Hautniveau etwas eingesunken. Ähnliche Veränderungen wie das Gesicht zeigt die Vorderseite beider Ohrmuscheln, die Helix ist in toto von lividrotem Aussehen.

An den oberen Extremitäten sind besonders Hände und Vorderarme befallen, die Streckseite mehr als die Beugeseite.

An Händen und Füßen ausgedehnte Hyperkeratosen.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1910.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Pinkus.

---

1. **Chajes** zeigt ein mikroskopisches Präparat, das von einem Kollegen in einem frisch gelassenen Urin gefunden wurde. Der Körper war ungefähr 2—3 *cm* lang, von gallertartiger Beschaffenheit und zeigte im Innern ein spiralförmiges Gebilde von brauner Farbe. Eilhard Schulze diagnostizierte das Gebilde als Larven einer Diptera-Art. Wenngleich derartige Larven im Süden in der Vagina gefunden werden, so muß sich das in Frage kommende Gebilde vorher in dem Gefäß befunden haben, in das der Urin gelassen wurde.

2. **Chajes** stellt einen Fall vor, bei dem eine große Anzahl von angebornen Pigmentflecken bestehen, die den ganzen Stamm einnehmen. Nebenbei sind eine große Anzahl von Naevi vorhanden. Ch. glaubt, daß die Beschäftigung in einer Mälzerei, in der beständig eine hohe Temperatur herrscht, von großem Einfluß auf die Pigmentationen gewesen ist.

Pinkus hält den Fall für einen Typus der Recklinghausenschen Krankheit.

3. **Chajes** stellt einen Patienten mit Alopecia areata vor, der vor einiger Zeit von einem Maschinenhebel getroffen wurde. 14 Tage später trat an der Stelle die Alopecia areata ein.

4. **Chajes** stellt einen Fall von Vitiligo traumatica vor. Der Patient hat vor einigen Jahren bei einem Unfall einige Hiebe mit einem Stock auf den Kopf erhalten und seit dieser Zeit haben sich die Vitiligoflecke entwickelt.

5. **Halberstädter** stellt einen Patienten vor, der angeblich aus gesunder Familie stammt und vor etwa 7 Jahren ein Ulkus auf der Glans hatte. Vor 2 Jahren traten erhebliche Drüsenschwellungen an Ellbogen und Nacken auf, die als luetische angesprochen wurden. Eine Affektion des Gesichtes wurde in gleicher Weise gedeutet und infolgedessen mehrfach Inunktionskuren in Anwendung gezogen. Als H. den Patienten sah,



bestanden an den verschiedensten Stellen des Gesichts mehrere aus einzelnen Knötchen zusammengesetzte Herde. Die Effloreszenzen überragten das Niveau der Haut an einzelnen Stellen und zeigten eine gelbbraune Farbe. An Wangen und Nase waren größere prominente Herde vorhanden; ferner waren mehrfach starke Drüsenschwellungen sichtbar. Das morphologische Blutbild erwies sich als vollständig normal, die Wassermannsche Reaktion, die angeblich — bevor die erste Kur vorgenommen wurde — positiv war, gab kein eindeutiges Resultat, weil das Serum an sich das Komplement band. H. stellt die Diagnose auf multiple Sarkoide (Boeck). Das histologische Bild eines der exstirpierten Tumoren entspricht der in der Literatur vorhandenen Schilderung; überwiegend sind epitheloide Zellen und einzelne spärliche Riesenzellen vorhanden. Die Pirquetsche Reaktion fiel positiv aus, allein hiermit ist ein Beweis für die tuberkulöse Natur des lokalen Prozesses noch nicht geliefert, eine Tuberkulininjektion konnte bisher noch nicht vorgenommen werden. H. beabsichtigt, eine Drüse zu exstirpieren und einen Tierversuch zu machen.

6. **Heller.** Totale Hemiplegie bei einem 2jährigen hereditär syphilitischen Kinde (Krankenvorstellung). H. berichtet zunächst über die Wandlung der Ansichten betr. das Vorkommen von Gehirnsyphilis bei hereditär kranken Kindern. Während Gerhardt 1881 noch keine Fälle erwähnt, nimmt in neuerer Zeit die Zahl der Beobachtungen zu; auch der Nachweis der Spirochaeten in den Hirngefäßen bei hereditär syphilitischen Kindern ist erbracht. Trotzdem sind totale Hemiplegien als Folgen syphilitischer Gehirnprozesse bei erblich kranken Kindern nicht häufig.

.In Hellers Falle handelt es sich um einen jetzt $2^1/_2$ Jahre alten Knaben; der Vater will nie Syphilis gehabt haben, sein Blut gibt eine Wassermannsche Reaktion, die man eher negativ als positiv bezeichnen muß (minimale Fällung neben starker Hämolyse); die Mutter ist klinisch frei von Luessymptomen; ihr Blut reagiert absolut negativ. Dagegen ist die Geschichte der früheren Geburten für Syphilis pathognomonisch. Das erste Kind starb an Lebensschwäche, das zweite war eine Fehlgeburt, das dritte hatte Blasen auf Händen und Füßen, starb bald, das vierte war eine totfaule Frucht. Das fünfte, der demonstrierte Patient, wurde gesund geboren, zeigte aber in den ersten Lebenstagen ein Exanthem an Handtellern und Fußsohlen, das von einem erfahrenen Kinderarzt sofort für syphilitisch erklärt wurde und nach Anwendung von Quecksilberpräparaten heilte. Der kleine Patient schien sich normal zu entwickeln. Pfingsten 1909 erkrankte er plötzlich an einer nach 8 Tagen wieder schwindenden linksseitigen totalen Hemiplegie. Ende Juli trat unter Zeichen des Gehirndruckes die Lähmung der ganzen linken Körperhälfte wieder auf; nach Rückgang der akuten, das Leben bedrohenden Symptome blieb eine typische spastische Hemiplegie zurück. Eine teils spezifische teils roborierend tonisierende Therapie bewirkte einen teilweisen Rück-



gang der Symptome, so daß jetzt bereits Gehversuche möglich sind; im Schlaf ist auch der Spasmus der gelähmten oberen Extremität gelöst. Die Kniephänomene sind beiderseits gesteigert; das Babinskische Phänomen ist sehr deutlich vorhanden. Die Intelligenz ist bisher nur mäßig entwickelt. H. begründet im einzelnen die Diagnose; an dem Bestehen der hereditären Lues kann nach der Anamnese (vorangehenden Geburten der Mutter) und nach dem Zeugnis des behandelnden Arztes nicht gezweifelt werden. Der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion des Blutes der nie behandelten Mutter beweist nichts. H. verfügt über eine ganze Reihe von Beobachtungen, nach denen die Mütter hereditär syphilitischer Kinder nicht Syphilis bekamen und Wassermann — negativ war; er ist ein Anhänger des Collesschen Gesetzes. Der Mangel einer Ätiologie (auch Infektionskrankeit), die Abwesenheit des Fiebers, das wiederholte in der Intensität sich steigende Auftreten der Lähmungen spricht gegen eine nicht syphilitische Polioencephalitis. H. nimmt als Ursache der Erkrankung Blutungen an syphilitisch veränderten Gefäßen an.

Lesser erkundigt sich nach der bisher eingeleiteten Therapie.

Heller erwidert, daß bisher Einreibungen, Sublimatbäder und innere Quecksilberverabreichungen angewendet wurden; ferner wurden Arme und Beine elektrisiert, um eine Atrophie zu verhüten.

Lesser fragt, ob auch Jod angewendet wurde.

Heller antwortet, daß Jodtropon in Tabletten in größeren Mengen gegeben wurde, Sublimateinspritzungen aber nicht gemacht wurden. Die Bewegung hat sich bedeutend gebessert, obwohl eine vollständige spastische Lähmung vorhanden war.

Mosse fragt, ob auch die Möglichkeit einer Encephalitis haemorrhagica erwogen wurde, wenngleich diese meist im Anschluß an Purpura auftritt. Es wäre möglich, daß das Fieber übersehen wurde. Da bei der Mutter die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel, ebenso wie bei dem Kinde, so ist M. nicht klar geworden, auf welches Moment die Diagnose Lues gegründet wurde, eventuell würde M. eine Zerebrospinalpunktion vorschlagen.

Heller erwidert, daß bei dem Kinde ein ausgeprägtes Exanthem am ganzen Körper nach der Geburt beobachtet wurde, das auf eine spezifische Behandlung schwand. Das Fieber konnte nicht übersehen werden, da die Temperatur regelmäßig ärztlich gemessen wurde. Gegen eine hämorrhagische Enzephalitis sprach das Fehlen einer Purpura, der Mangel einer Herzerkrankung und eines Traumas. Daß die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel, erklärt sich daraus, daß das Kind vielfach behandelt wurde und bei Gehirnerkrankung diese Reaktion häufig negativ ist.

Ledermann hat vor einiger Zeit einen Erwachsenen beobachtet, bei dem sicher sekundäre Lues vorhanden war und sich im Anschluß an eine Influenza eine akute Hemiplegie mit Sprachstörungen einstellte. Natürlich dachte man zuerst an Lues, die Heilung trat aber innerhalb 4—6 Wochen ohne jede spezifische Behandlung ein; also kann neben der vorhandenen Lues noch eine andere Ursache bestehen, die eine Blutung im Gehirn hervorruft.

Heller erwidert, daß bei dem Kinde weder Influenza noch irgend eine andere Krankheit bestanden hat, und daß die Symptome aus voller Gesundheit heraus aufgetreten sind. Nach seiner Auffassung sollte man nicht irgend etwas supponieren, wofür jeglicher Beweis fehlt, während die luetische Ursache bei spastischer Spinalparalyse bekannt ist. Daß der



Vater negativ reagierte, ist ohne Bedeutung, da es sich um eine alte Lues handelte.

7. **H. Isaac.** Vorstellung eines Falles von Dermatitis herpetiformis.

I. stellt einen Patienten vor, welcher nach einer Gasvergiftung ganz plötzlich über den ganzen Körper sich erstreckende juckende Quaddeln und kleine Blasen bekam, die sich bald darauf zu größeren Blasen mit gelblichem Inhalt entwickelten. Der Patient ließ sich in die Charité aufnehmen und wurde von dort nach 10tägiger Behandlung als geheilt entlassen. Anfang April d. J. zeigten sich neue Blasen und Quaddeln. I. stellte die Diagnose: Dermatitis herpetiformis. Neben den pemphigusartigen Effloreszenzen traten nach 4 Wochen Erythema exsudativum ähnliche Erscheinungen auf, welche die Form des Herpes iris zeigten. Zur Zeit ist der Patient sehr hinfällig und klagt über Jucken und Schmerzen in Beinen und Füßen. I. vergleicht den Fall mit dem, welchen er vor einigen Monaten in der Gesellschaft vorgestellt hat.

Rosenthal bestätigt, daß in diesem Fall alle charakteristischen Momente einer Dermatitis vorhanden sind. Damit ist aber nicht bewiesen, daß der von I. herangezogene Fall ein Erythema exsudativum multiforme darstellt.

Isaac fügt hinzu, daß ein Rezidiv bei dem seiner Zeit von Friedländer vorgestellten Fall bisher nicht aufgetreten ist.

8. **H. Isaac** stellt ein 11 Jahre altes Mädchen vor, das auf dem ankylotisch gekrümmten inneren Ellenbogengelenk, ausgehend vom linken inneren Unterarm bis zur Mitte des Oberarmes, eine große braunrote fast verheilte Wundfläche darbietet. Mit 3 Jahren bestand beiderseitige Hüftgelenkserkrankung, von der Gehstörungen zurückblieben. Beide Hornhäute sind leicht weißlich getrübt. Als das Kind am 14. Mai in Behandlung trat, zeigte es auf dem linken Arm eine etwa 20 *cm* lange und etwa 10 *cm* breite tiefe, serpiginös fortschreitende, schmierig belegte Ulzeration, die bis auf den Knochen ging. Dazu bestand Tumor albus des Ellenbogengelenks und eine starke periostitische Knochenauftreibung der linken Tibia. Trotzdem die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel, wurde die Diagnose auf Lues gestellt, und das Kind nur mit Jodkali ohne jede äußere Applikation von Salben oder Wässern behandelt. Schon nach 8 Tagen ging die Ulzeration zur Heilung über, das Kind sah besser aus und war eine Aufhellung der Hornhauttrübungen wahrzunehmen. Am 2. Juni hatte das Kind unter der fortgesetzten Jodkali-Behandlung 3 Pfund zugenommen, die Geschwürsfläche hatte sich ganz gereinigt und zeigte gesunde Granulationen. Auch die Geschwulst am Schienbein war fast geschwunden. Die nunmehr eingeleitete Schmierkur hat das Kind so gebessert, daß das Geschwür ganz verheilt, die Periostitis geschwunden ist und die Hornhauttrübungen fast ganz beseitigt sind, so daß das Kind, das früher alles wie durch einen Schleier sah, die Gegenstände gut erkennen, Nadeln einfädeln und lesen kann. Differenzialdiagnostisch kommt nur Tuberkulose oder Lues in Betracht, die Wahrscheinlichkeit spricht jedoch für letztere Diagnose, da das ganze Krankheitsbild den Eindruck

der hereditären Syphilis darbot. Der Vortragende bemerkt jedoch ausdrücklich, daß, wie dies auch in der Dermatologischen Gesellschaft in einer vor Monaten stattgehabten Diskussion hervorgehoben wurde, Jodkali manchmal auch bei allgemeiner Tuberkulose einen außerordentlich günstigen Heileffekt haben kann.

9. **Heller.** Ungewöhnlich große Polypen in der Pars membranacea (Krankenvorstellung). H. hat vor $1^1/_2$ Jahren seine Erfahrungen über die Goldschmidtsche Endoskopie der hinteren Harnröhre mitgeteilt. Der vorgestellte Fall zeigt die diagnostische Leistungsfähigkeit der Methode. In der hinteren Harnröhre, speziell in der Pars membranacea, ist im Endoskop ein ungewöhnlich großer, stark flottierender Polyp von schlangenartig länglicher Gestalt zu sehen. Die intraurethrale Operation soll versucht werden.

10. **Arndt** stellt einen Patienten mit Lichen nitidus vor. Die Affektion besteht seit einem Jahr an Händen und Vorderarmen, ohne die geringsten subjektiven Beschwerden zu verursachen. An diesen Stellen sowie am Membrum bemerkt man teils vereinzelte, teils in Gruppen stehende, deutlich erhabene, an ihrer Oberfläche plane, stark glänzende Papeln, die z. T. von der Umgebung in ihrer Farbe nicht abweichen, zum Teil ein gelbliches Braun zeigen. Bei Glasdruck läßt sich in der Mitte jeder Papel eine grauglasig durchscheinende, an ein miliares Lupusknötchen erinnernde Einlagerung zu Gesicht bringen. Die Schleimhäute zeigen keine Veränderungen, die Lungen ergeben ein negatives Resultat. Die Pirquetsche Reaktion ebenso wie die Wassermannsche waren negativ. Die histologische Untersuchung ergab das charakteristische Bild: Unter dem abgeflachten Epithel ein aus kleinen einkernigen Lymphozyten, gewucherten Bindegewebszellen und Riesenzellen (Typus Langhans) bestehendes Granulom. Die Ziehl-Neelsensche Färbung ergab ein negatives Resultat; bei prolongierter Gramfärbung fand sich ein leicht gekrümmtes gram-positives Stäbchen. Bisher ist es nur gelungen, in dem Knötchen des Lichen nitidus die granuläre Form des Tuberkulosevirus nachzuweisen. Die intraperitoneale Verimpfung eines Stückchen Haut bei einem Meerschweinchen verlief innerhalb 8 Monaten vollkommen ergebnislos. Während sonst die Genitalien am stärksten befallen sind, ist in dem von Arndt vorgestellten Falle die Veränderung an den Händen und Armen in den Vordergrund getreten. Unlängst hat A. zwei Fälle beobachtet, in denen sich die Affektion über größere Körperflächen ausbildete. Der eine Fall betraf einen Knaben, bei dem sich große Plaques auf der Haut beider Ellbogen zeigten, der andere eine ältere Frau mit einem fast universellen Knötchenexanthem, das nur Gesicht, Handteller und Fußsohlen frei ließ.

Pinkus erwähnt, daß er von dieser Krankheit eine ganze Anzahl bei Männern beobachtet habe, bei Frauen im Laufe von 2 Jahren aber nur einen einzigen Fall gesehen habe.



11. **Arndt**. **Über die Kombination von Lupus miliaris disseminatus faciei mit Aknitis und dem Nachweis des Tuberkulosevirus im Schnitt und in Antiforminsediment bei dieser Affektion.**

Arndt berichtet über einen Postillion, einen kräftigen muskulösen Mann, bei dem die Gesichtshaut neben typischen Lupusknötchen vollständig getrennte akneartige Herde, besonders an den Augenlidern, in der linken Nasolabialfalte und an anderen Stellen des Gesichts zeigte, deren einzelne Effloreszenzen stellenweise im Zentrum Neigung zur Nekrose hatten Mithin bestand die nicht seltene Kombination von Lupus miliaris disseminatus faciei mit der als Aknitis bezeichneten Tuberkulidform. Die Untersuchung der inneren Organe ergab eine Affektion der linken Lungenspitze. Im spärlichen Auswurf waren einzelne Tuberkelbazillen nachweisbar. Die Pirquetsche Reaktion war negativ, eine Tuberkulineinspritzung konnte bisher noch nicht gemacht werden. In den miliaren Lupusknötchen zeigten sich durch alle Schichten des Choriums zerstreute, stark abgesetzte Einlagerungen, die aus Lymphozyten, Bindegewebs-, epitheloiden und Riesenzellen bestanden. Die Aknitiseffloreszenzen zeigten histologisch das typische Bild eines verkästen Tuberkels. Die nekrotische Partie besteht aus den Resten der bindegewebigen Hülle eines Follikels. In dem an die nekrotische Zone unmittelbar angrenzenden Teile konnten in Zügen und in Haufen extrazellulär liegende Tuberkelbazillen nachgewiesen werden. Von ungefähr 150 Schnitten konnte dieser Befund in 4 Schnitten erhoben werden. Der Bazillennachweis in einer klinisch dem Bilde der Aknitis entsprechenden Veränderung darf ein weiterer Beweis für die bazilläre Natur wenigstens eines Teils der Tuberkulide betrachtet werden. - Der zweite Fall betrifft einen ebenfalls sehr kräftigen Mann, bei dem sich innerhalb 14 Tagen bis 3 Wochen die augenblicklich bestehende Affektion in ihrer ganzen Ausdehnung entwickelte, die jetzt Stirn, Nase, Wangen-, Kinn- und Unterkinngegend einnimmt. Auch hier bestehen zwei verschiedene Arten von Effloreszenzen, die in ähnlicher Weise, wie bei dem vorhergehenden Fall, zu deuten sind. Die Untersuchung der inneren Organe ergab ein negatives Resultat, die Pirquetsche Reaktion ergab einen deutlichen positiven Ausfall. Wassermann war negativ. In dem Inhalt der eitrig erweichten Knötchen konnten vereinzelte Stäbchen vom morphologischen Verhalten der Tuberkelbazillen nachgewiesen werden. Auch bei der prolongierten Gramfärbung wurden teils Stäbchen, teils grampositive Granula aufgefunden. Das Tuberkulosevirus war leichter nachzuweisen und in größerer Menge vorhanden, als die Ziehl-festen Stäbchen. Zur histologischen Untersuchung wurde ein Knoten der Stirnhaut zum Teil im sterilen Mörser zerkleinert, in Antiform gelöst und zentrifugiert, zum Teil in steigendem Alkohol fixiert und gehärtet. In dem Antiforminsediment waren nur vereinzelte Ziehl-feste, dagegen zahlreiche Gram-positive Stäbchen, teils gekörnte Form, vorhanden. Histologisch wurden charakteristische Tuberkel in den tiefsten Schichten des Koriums aufgefunden.



12. **Blaschko** demonstriert die vitale Spirochaetenfärbung nach Meirowsky. Die Färbung ist folgende: Eine übersättigte Lösung von Methylviolett in Brunnenwasser oder NaCl-Lösung (Farbstoffbrei) wird kräftig in einen nicht überhäuteten P.-A. oder ein Condyl. lat. eingerieben; das nach 5 Minuten entnommene Saugserum enthält die Spirochaeten. Die Färbung nimmt im Laufe des Tages zu. Kennzeichen der gelungenen Färbung ist die gleichzeitige intensive Färbung der lipoiden Hülle der roten Blutkörperchen. Fehlt diese, so findet man auch keine Spirochaeten. Die Färbung ist der beste Ersatz für das Dunkelfeld, wo ein solches nicht vorhanden ist.

13. **Dreuw** demonstriert einen Kathetersterilisationsapparat, der es ermöglicht, Katheter aber auch Verbandstoffe, Nährböden, Uretherenkatheter usw. durch strömenden Wasserdampf zu sterilisieren und zu trocknen. Durch eine besondere Vorrichtung wird derselbe Dampf, der die Katheter, Verbandstoffe usw. vorher feinst sterilisiert hat, gezwungen, die Katheter zu trocknen, so daß man in verschiedenen Glasbüchsen eine beliebige Anzahl vollständig trockener durch Dampf sterilisierter Katheter wochen-, monate- ja jahrelang aufbewahren kann. Der Vorteil vor den bisherigen Kathetersterilisationsapparaten liegt darin, daß die Katheter vollständig trocken nach der Dampfsterilisierung sind. Die nähere Beschreibung folgt in der Zeitschrift für Urologie.

14. **Dreuw** demonstriert einen an die Wasserleitung angeschlossenen Wasserdruck-Vibrationsapparat für Massage der Haut. Der Apparat besteht aus einem durch einen Schlauch mit der Wasserleitung verbundenen elektrodenförmigen Instrument. Die Platte der hohlen Elektrode ist mit einer Gummimembran überzogen. Durch sinnreich angebrachte Öffnungen und Kanälchen wird das Wasser gezwungen, die Membran in Vibration zu versetzen, die je nach der Höhe des Wasserdruckes vollständig regulierbar ist. Anwendung findet der Apparat in der Kosmetik zur Erhöhung der Turgeszenz der Haut, da man nicht nur Vibration, sondern auch thermische Beeinflussung der Haut erzielt. Der Turgor der Haut wird erhöht, die Zirkulation gesteigert namentlich durch Wechselanwendung von warmem und kaltem Wasser. Zugleich mit der Vibration lassen sich mit dem elektrodenförmigen Instrument auch noch Streichungen und Klopfmassage applizieren.

15. **Dreuw** stellt einen Patienten mit einem doppelten Primäraffekt am Bauch vor. Die Infektion erfolgte vor 4 Monaten. Es besteht noch eine intensive dunkelbraune Pigmentierung der durch die spezifische Behandlung abgeflachten Indurationen.

16. **Fischer** demonstriert Kulturen einer bisher noch nicht beschriebenen Trichophytonart, welche er auf Sabourauds Vorschlag Trichophyton griseum benannt hat. Der Pilz stammte von einer Körpertrichophytie und wurde von ihm aus abgekratzten Hautschuppen kultiviert. Nach Sabourauds Erklärung gehört derselbe zur Familie der Tr. gypsea und steht dem bekannten Tr. asteroides am nächsten. Das



Aussehen der Kultur auf dem milieu d'épreuve schildert Vortr. wie folgt: Das ausgesäte Material überzieht sich nach 2–3 Tagen mit einem zarten, weißen Flaum. Gleichzeitig breitet sich auf der umgebenden Oberfläche des Nährbodens ein nicht sehr dichtes weißes Myzel aus. Einige Tage später wölbt sich der das Zentrum umgebende Teil der Kultur hervor, während die zuerst vorhandene kleine Erhöhung in der Mitte in die Tiefe sinkt und eine braune Farbe annimmt. So entsteht also in der Kultur ein Nabel, in dessen Grunde oft kleine, sich netzförmig durchflechtende braune Leisten sichtbar werden. Das den Nabel umgebende Myzel beginnt sich dann bald von der Mitte nach der Peripherie zu mit weißen Sporen zu bedecken, während es am Rande weiter über die Oberfläche des Nährbodens hin wächst. Die weißen Sporen behalten ihre rein weiße Farbe nur kurze Zeit, sie färben sich ziemlich schnell graugrün (daher Tr. griseum). Später werden die Sporen wieder heller und schließlich gelblich. Dieser Farbenwechsel vollzieht sich kontinuierlich an jeder einzelnen Spore entsprechend ihrem Alter vom Zentrum nach der Peripherie zu. Das Tr. besitzt eine pleomorphe Form. Dieselbe tritt zuerst im Nabel der Kultur oder in der nächsten Umgebung desselben auf. Die Farbe dieser degenerierten Form ist nicht rein weiß wie bei den meisten Trichophytonarten, sondern gelblich. Auf völlig zuckerfreiem Nährboden tritt dieser Pleomorphismus nicht auf, z. B. auf Sabourauds milieu de conservation (3—5% Pepton Agar). Auf diesem Nährboden kultiviert, gewährt das Tr. natürlich ein ganz anderes Aussehen.

Der Pilz ist für Meerschweinchen pathogen. Ein vom Vortr. demonstriertes Tier, welches vor 19 Tagen geimpft wurde, zeigt auf dem Rücken eine blutigseröse Borke, aus der an einzelnen Stellen zu Büscheln vereinigte Haare heraussehen. Ein unter dem Mikroskop ausgestelltes Haar dieses Tieres läßt reichliche Mengen von Sporen im Innern und außerhalb erkennen. Vortr. hat zum Studium der Fruktifikationsorgane den Pilz im hängenden Tropfen (4% Traubenzuckerlösung + 1% Pepton) wachsen lassen und die entstandenen Kulturen mit Eosin gefärbt. Man sieht in den Präparaten ektogene Sporen teils in der Form der Thyrsosstäbe, teils in Traubenanordnung, ferner große Mengen Chlamydosporen und zwar als wohl ausgebildete Fuseaux multiloculés (vielkammerige Spindeln). Die sonst auch noch bei dieser Familie z. B. beim Tr. asteroides vorkommenden Wickel (vrilles) und Spiralen hat Vortr. bisher nicht gesehen.

Im Anschlusse daran demonstriert F. einige Kulturen des Tr. cerebriforme, welches von Sabouraud 1893 entdeckt und damals von ihm Tr. à culture jaune craquelée vermiculaire genannt worden ist. Dasselbe ist in Frankreich relativ selten, während es in Italien sehr häufig zu sein scheint. In Berlin kommt es wohl auch ziemlich häufig vor. Vortr. hat es in den letzten 5 Monaten viermal gezüchtet, zweimal von einem Herpes circinatus der Wange und zweimal aus Barthaaren. Es scheint bedeutend gutartiger als das Tr. gypseum asteroides zu sein. Im jugendlichen Zustande ähnelt die Kultur sehr dem Tr. crateriforme,



später zeigen sich sehr charakteristische Unterschiede, welche Vortr. genauer erörtert.

Dreuw weist auf zwei Methoden hin, die für die Kultur und für die Isolierung der Trichophytie der Hefe und ähnlicher Gebilde Bedeutung haben. Die Lindnersche Methode, die Dreuw bereits bei den von ihm entdeckten Nagelparasiten bei einer Onichomykosis beschrieben hat, besteht darin, daß man auf einen ausgehöhlten Objektträger ein Deckgläschen legt und das Deckgläschen mit den Sporen des zu untersuchenden Pilzes beschickt. Hierzu macht man sich mit den Sporen eine kleine Ausschwemmung und zieht mit einer sterilisierten Feder auf dem Deckgläschen kleine Striche. Jeder folgende Strich enthält immer weniger Sporen als der vorangegangene. In den gehüllten Objektträger wird etwas Bouillon hineingebracht und so kann man die Sporenbildung in der schönsten Weise beobachten. — Die zweite Methode ist ursprünglich von ihm zur Züchtung von anaeroben Kulturen angegeben worden. Die von ihm benutzte Glaskammer kann auf die bequemste Weise zu einer feuchten Kammer gestaltet werden, um nach der Plautschen Methode die Züchtung in situ zu beobachten. Der Pilz, den D. zur Zeit aus den erkrankten Nägeln züchtete, entwickelte sich auf dem Sabouraudschen Nährboden in Gestalt von Igelborsten und wuchs bei täglicher Temperatur von Null bis 37 Grad.

Chajes betont, daß von den verschiedenen Methoden der Züchtung am hängenden Tropfen die Sabouraudsche Methode für den Praktiker sicher die bequemste ist, man braucht dazu nur eine abgeschliffene Glasröhre von ungefähr 2·2 *cm* Durchmesser, 2 Objektträger und ein Tröpfchen Paraffin.

17. **Adler** demonstriert mikroskopische Präparate des Falles von Bromoderma, den er im Juli vorigen Jahres in der Sitzung gezeigt hatte. Hauptsächlich zeigt sich eine exzessive Wucherung des Epithels, das vom Papillarkörper ausgeht. Die Wucherungen werden durch tiefgehende Spalten und mehr oder weniger große Hohlräume unterbrochen. An bestimmten Stellen erkennt man die Hohlräume als Abszeßhöhlen, welche teilweise mit einem etwas eingedickten Eiter erfüllt sind, zum Teil sieht man in diesen buchtigen Aushöhlungen junges Bindegewebe. Zwei Faktoren treten also bei den Bromeffloreszenzen hervor: Die Hyperplasie des Epithels und die eitrige Einschmelzung des Bindegewebes. Indessen da die Fälle verschieden verlaufen, so kann man das histologische Bild nicht als ein Schema für Bromodermaeffloreszenzen betrachten. Klinisch möchte er noch hinzufügen, daß die Patientin, während sie ihre Bromeffloreszenzen hatte, zu gleicher Zeit von einer heftigen Urtikaria befallen wurde, mithin eine Disposition zu Dermatosen bestand.

Sitzung vom 12. Juli 1910.

Vorsitzender: Blaschko. Schriftführer: Pinkus.

1. **Arndt** stellt eine 54jährige Patientin mit Lichen nitidus vor. Der Vater der Kranken starb an galoppierender Schwindsucht, ihr Mann ist tuberkulös. Sie selbst zeigt bei der Untersuchung keine Zeichen



von Tuberkulose, die Pirquetsche Kutanreaktion war aber stark positiv. Die Affektion besteht seit $2^1/_2$ Jahren, begann mit Jucken der rechten Fußsohle und hat mit Ausnahme des Gesichts, des behaarten Kopfes, der Handteller und der Fußsohlen den ganzen Körper ergriffen. Hauptsächlich sind die Beugeseiten und die Gelenkflächen befallen. An allen diesen Stellen sind größtenteils nur stecknadelkopfgroße, gelblich bräunliche Knötchen mit stark glänzender Oberfläche sichtbar, die nirgends die Neigung zeigen, zu größeren Plaques zu konfluieren. Lichen planus sowie Lichen chronicus simplex konnten durch dieses Merkmal ausgeschlossen werden. Auf Glasdruck konnte eine sagokornartige Einlagerung erkannt werden. Eigentümlich war in diesem Falle das heftige Jucken. Histologisch zeigte sich ein aus Bindegewebszellen, Lymphozyten, epitheloiden und Langhansschen Riesenzellen bestehendes Infiltrat, von denen einzelne perifollikulär gelagert waren.

Pinkus hat vor Jahren einen ähnlichen Fall unter der Diagnose Lichen ruber vorgestellt; damals war der Lichen nitidus dem Namen nach noch nicht bekannt. Die damalige Diagnose müßte also rektifiziert werden.

2. **Arndt** stellt eine Patientin mit Lupus miliaris disseminatus faciei vor, der sich ziemlich schnell entwickelt und bisher jeder Behandlung Widerstand geleistet hat. Auf Glasdruck sieht man Infiltrate, die von Lupusknötchen nicht zu unterscheiden sind. Einzelne Effloreszenzen lassen eine Beziehung zu Follikeln erkennen. Histologisch findet man ein chronisches Granulationsgewebe, in dem einzelne hellere Bezirke aus Langhansschen Riesenzellen oder aus epitheloiden und Riesenzellen bestehen (Epitheloidzelltuberkel).

3. **Arndt** zeigt den Patienten mit Lupus miliaris disseminatus faciei resp. Aknitis, den er bereits in der vorigen Sitzung vorgestellt hatte, noch einmal. Die Lichtbehandlung war bisher ohne jeden Erfolg.

Saalfeld fällt auf, daß in diesem Falle sehr wenig Komedonen vorhanden sind, während in den von ihm beobachteten Patienten dieselben zahlreich waren. Diese Fälle verlaufen häufig zyklisch, indem Besserung und Verschlechterung abwechseln. Im allgemeinen wirken aber größere Dosen von Arsenik günstig ein.

Arndt kennt eine Anzahl Fälle, die vergebens lange Zeit mit Licht behandelt wurden und schließlich nur durch den Thermokauter geheilt wurden.

Blaschko erinnert an den von ihm in der Gesellschaft vorgestellten Fall, der durch eine Volldosis von Röntgen, die ein intensives Erythem erzielte, geheilt wurde.

4. **Fischel** demonstriert einen Fall von Keratosis pilaris rubra Brocq in charakteristischer Ausbildung bei einem jungen Mädchen von 18 Jahren. Der Prozeß hat nach den strikten Angaben der Patientin erst in ihrem sechzehnten Lebensjahre, also auffallend spät begonnen, und zwar, wie fast immer, zuerst am Oberarm. Nach etwa dreiviertel Jahren zeigten sich die ersten Symptome auf den Wangen. Heute ist die Affektion stark entwickelt an den Streckseiten beider Oberarme, den

präaurikularen Partien der Wangen, an den Seitenteilen und vorn am Halse, sowie zwischen den Augenbrauen. Die typischen mattrosa bis livide gefärbten hyperkeratotischen Knötchen mit dem atrophischen Haar im Zentrum, die symmetrische Gruppenbildung und die Lokalisation an den Flaumhaaren machen das Krankheitsbild unverkennbar. Im Gesicht fällt besonders die erythematöse Rötung auf, die auch zwischen den Knötchen sitzt. Am Angulus mandibulae finden sich zwischen den Knötchen winzige Teleangiektasien. Atrophische Narben sind nirgends vorhanden, wohl infolge des noch relativ kurzen Bestandes der Affektion. Die charakteristischen Stirnflecken oberhalb der Augenbrauen fehlen ebenfalls zur Zeit noch völlig.

In bezug auf hereditäre Veranlagung bemerkt F., daß weder bei den Eltern noch Geschwistern der Patientin die gleiche Erkrankung bestehe; ebensowenig Ichthyosis. Patientin selbst hat niemals an Skrofulose gelitten; es besteht auch weder Tuberkulose noch eine Struma. Nur eine Seborrhoea sicca des Kopfes ist vorhanden; doch weist D. den mehrfach behaupteten Zusammenhang beider Affektionen zurück.

Therapeutisch will F. Umschläge mit Salizylseife machen oder ein stärkeres Ichthyolpflaster anwenden.

Saalfeld erwähnt, daß in einem sehr renitenten Falle von einem Erfolge mit Franzensbader Moorbädern berichtet wurde. Vielleicht könnten hier Moorumschläge in Anwendung gezogen werden.

5. **Friedländer** stellt einen Patienten vor, der wegen eines Primäraffektes mit Roseola vom 20. März bis Anfang Juni 30 Einspitzungen à 0·05 Hg erhielt. In der letzten Woche der Kur zeigte sich über dem rechten Auge eine Erosion, die indifferent behandelt wurde. Vor acht Tagen stellte sich Pat. wieder vor, die Erosion war nicht geheilt, und daneben bestand eine Anschwellung der rechtsseitigen submaxillaren Drüsen sowie eine deutliche Roseola. Die Deutung dieses Falles ist nicht leicht. Daß die Erosion nicht als sekundäre Erscheinung aufzufassen ist, wird durch die starke Drüsenschwellung bewiesen. Man muß annehmen, daß das Syphilisvirus trotz der Kur resistent genug war, die neue Erscheinung zu bilden. Gegen einen zweiten Primäraffekt spricht der Umstand, daß, als er auftrat, eine starke Antitoxinbildung im Blute bereits anzunehmen war.

Pinkus glaubt ebenfalls, daß ein Auftreten des zweiten Exanthems in eigentümlicher Form vorliegt. Besonders am Halse sieht man hierbei häufig eine Drüsenschwellung. Schwer zu erklären sind oft die Fälle, in denen kurz oder auch Jahre nach der ersten Infektion eine primäraffektartige Effloreszenz mit Drüsenschwellung, Roseola und Spirochaeten wieder auftritt. Das Exanthem hat allerdings größtenteils einen serpiginösen Charakter. Entweder liegt hierbei ein Rezidiv oder eine unter dem Einfluß der vorangegangenen Infektion modifizierte Reinfektion vor. Bei seinem sehr reichlichen Prostituiertenmaterial, das Neuansteckungen gewiß ausgesetzt ist, hat er vielleicht 6 derartige Fälle gesehen, ohne zu einem bestimmten Urteil gelangen zu können.

Blaschko glaubt, daß Friedländer zwei Primäraffekte, einen genitalen und einen extragenitalen annimmt, von denen der letztere während der Kur nicht geheilt ist und sich dann nach beendigter Kur



weiter entwickelt hat. Aber man sieht auch häufig, daß, wenn man vor dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen eine Kur einleitet, kurz nachher oder schon während derselben Sekundärerscheinungen auftreten. Die Drüsen schwellen wenngleich selten auch bei Sekundärsymptomen an.

Friedländer nimmt an, daß die Spirochaeten an der Stirn trotz der Injektionen virulent blieben und nachdem das Hg den Körper wieder verlassen hat, die jetzigen Erscheinungen hervorgerufen haben.

6. **Blaschko** stellt zwei Buchdrucker vor, die an der Streckseite der Vorderarme schwarze Komedonen und kleine Aknepustelchen zeigen. Auch an der Vorderseite der Unterschenkel tritt dieselbe Erscheinung zu Tage. Die Affektion rührt von der Druckerschwärze her, die beim Reinigen der Maschinen mit Terpentin oder Kienöl, einem rohen Terpentin, an den Vorderarmen und den blauen Arbeitshosen herunterläuft. Bei Möbelpolieren und anderen Berufsarten, bei denen Terpentin zur Lösung, Schellack oder andere Substanzen benutzt wird, wird die gleiche Erkrankung beobachtet. Aber nur ein Teil der Arbeiter zeigt diese eigentümliche Erscheinung. Das Terpentin an sich ist nicht als die Ursache zu betrachten, da es von den meisten Menschen gut vertragen wird und nur bei einem kleinen Prozentsatz von 1—2% ein wirkliches Ekzem erzeugt.

Saalfeld hat bei Arbeitern einer Gewehrfabrik ähnliche Erscheinungen bis zu starken Entzündungen der Oberschenkel beschrieben. S. führte die Ursache auf die Verwendung von schlechtem Petroleum zurück. Seitdem besseres Öl verwendet wird, sind die Erkrankungen seltener geworden.

Fischel hat ähnliche Beobachtungen bei Gürtlern und Drechslern gemacht. In der Ätiologie ist er mit Blaschko einverstanden. Hauptsächlich sieht man tiefschwarze akneartige Knötchen, während entzündliche Erscheinungen nur selten vorhanden sind. Therapeutisch ist die Affektion sehr hartnäckig.

Blaschko fügt noch hinzu, daß außer den von ihm schon angeführten Ursachen durch das über die Haut fließende Terpentin oder Petroleum in den Talgdrüsenausführungsgängen dem Sekret das Fett entzogen und der Inhalt hierdurch härter wird. Therapeutisch wirkt am besten der Gebrauch von heißem Wasser, Seife und Bürste unmittelbar nach Beendigung der Arbeit. Kaltes Wasser hat erfahrungsgemäß nicht denselben Erfolg.

7. **Fischel** hat, da die Anwendung der bisherigen Kohlensäureflaschen recht unbequem war, zur leichteren Verwendung des Kohlensäureschnees eine kleine, recht bequem zu gebrauchende Flasche anfertigen lassen, die beim Gebrauch mit einem oben in einen Kohlenhohlzylinder endigenden Aufsatz versehen wird. Die Füllung kostet nur 20 Pfennige.

8. **Friedländer**, W. und **Reiter**, H. Über Vakzinebehandlung gonorrhoischer Komplikationen.

Reiter führt aus, daß sich nach Wright im Blutserum Stoffe befinden, die in Berührung mit Leukozyten und Bakterien bewirken, daß letztere phagozytiert werden. Diese Stoffe, die die Bakterien für die Phagozytose schmackhaft machen (= opsonein), nannte er Opsonine. Der Gehalt des Serums Gesunder an Opsoninen ist konstant, bei Kranken



für das krankmachende Bakterium verändert, meist erniedrigt, seltener erhöht.

Mit Erniedrigung des Opsoningehaltes geht klinische Verschlechterung, mit Erhöhung Besserung parallel. Ziel der Vakzinetherapie ist, durch Erhöhen des Opsoningehaltes eine Besserung bzw. Heilung herbeizuführen. Ob die Opsonine allein identisch sind mit den heilenden Serumsubstanzen ist sehr unwahrscheinlich, sie geben aber sicherlich einen guten Maßstab für den Grad der Immunität ab.

Eine Vermehrung der Opsonine wird durch subkutane Einverleibung sog. Vakzine erreicht. Diese nach Wrights Vorschrift hergestellten Vakzine sind Bakteriensuspensionen, die durch Abschwemmung von spezifischen aus dem Krankheitsherde gezüchteten Reinkulturen (z. B. Gonokokken) gewonnen werden. Die Mikroorganismen im cm^3 sind gezählt und durch 1stündiges Erwärmen auf 60 Grad abgetötet (Demonstration der Vakzineherstellung).

Neuerdings stellt R. auch Vakzine her in besonderer Berücksichtigung der Bailschen Immunisierungsprinzipien (Aggressinwirkung), die therapeutischen Erfolge scheinen tatsächlich bessere zu sein.

Man unterscheidet Eigenvakzine und polyvalente (Standart) Vakzine: Erstere sind aus jedem Kranken selbst bereitet, letztere stammen von mehreren Patienten, die an der gleichen Krankheit leiden, der behandelte Patient hat seine eigenen krankmachenden Bakterien aber nicht dazu geliefert. Die beste Vakzinebehandlung ist die mit Eigenvakzinen, bei einigen Infektionen hält R. eine andere für direkt fehlerhaft (z. B. Koliinfektionen), trotzdem ist man sehr oft auf den Gebrauch der polyvalenten Vakzine angewiesen (z. B. bei gonorrhoischen Erkrankungen), weil die Herstellung von Eigenvakzinen unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnet (Unmöglichkeit der Reinzüchtung).

Durch Injektion der Vakzine findet zunächst eine Abnahme der Opsonine statt (negative Phase), darauf tritt eine Steigerung des Opsoningehaltes ein (positive Phase). Durch die Größe der Injektionsdosis kann man die ungefähre Länge der Phasen bestimmen: Bei Injektion einer sehr kleinen Dosis ist die negative Phase sehr kurz, so daß sie kaum zur Beobachtung kommt, es schließt sich bald eine positive Phase an, bei Injektion einer mittelgroßen Dosis tritt zunächst eine etwa 1 Tag andauernde negative Phase ein, der eine etwa 4—6 Tage anhaltende positive Phase folgt, bei Injektion einer sehr großen Dosis tritt eine mehrere Tage dauernde negative Phase ein und die sich anschließende positive Phase ist eher kleiner als bei Injektion einer mittleren Dosis (Demonstration).

Hieraus ergibt sich von selbst, daß für die Immunisierung die mittlere Dosis die rationellste ist.

Da erhöhter Opsoningehalt und klinische Besserung, verminderter Opsoningehalt und klinische Verschlechterung parallel gehen, kann man allein durch die klinische Kontrolle und unter steter Berücksichtigung der auch klinisch bemerkbaren negativen und positiven Phase, auf die



regelmäßige serologische Untersuchung, die allerdings das feinste Reagens darstellt, bei den meisten streng lokalisierten Krankheitsherden verzichten.

Das Wrightsche Prinzip der Injektion ist das folgende: Injektion von mittelgroßen Dosen — die negative Phase darf 24 Stunden nicht überschreiten — die Wiederholung der Injektion soll nicht während der negativen Phase, sondern während oder nach Abklingen der positiven Phase vorgenommen werden (Demonstration).

R. hat in Deutschland wohl mit am häufigsten vakzinetherapeutisch behandelte Fälle beobachtet, kann diese Wrightschen Erfahrungen vollkommen bestätigen und daher nicht Bruck beistimmen, der eine starke Reaktion mit Fieber verlangt.

Das nach Bruck bereitete Vakzin ähnelt wahrscheinlich dem von R. nach Wrightschen Vorschriften hergestellten, nur scheint das vorliegende Präparat im *cm*³ mehr Gonokokken zu enthalten. Daß dadurch eine relativ größere Immunisierung erreicht wird, ist nicht gesagt, da man durch einfache Zählung der Keime keinen exakten Begriff von der Stärke des Vakzins erhält, man läßt dabei die jeweilige Virulenz des Stammes außer acht. Auch das von R. hergestellte Vakzin muß natürlich im *cm*³ mehr Keime enthalten, sobald die zur Herstellung verwendeten Mikroorganismen längere Zeit auf künstlichem Nährboden fortgezüchtet worden sind.

Friedländer, W. berichtet, daß, um ein Urteil über die von Wright inaugurierte Methode zu erlangen, behandelt wurden

1. 25 Fälle von akuter, subakuter und chronischer gonorrhoischer Epididymitis mit polyvalenten Vakzineinjektionen. Unter Anlehnung an die Arbeiten und Forderungen Wrights benutzten sie zuerst die von Reiter nach Wrights Vorschriften hergestellte Vakzine. Sie begannen mit 0·2 *cm*³ und stiegen, falls sich kein Temperaturanstieg zeigte, in Pausen von 2—3 Tagen auf 0·4—0·6—0·8—1·0 Vakzin. Auch bei diesen Dosen tritt nur recht geringe Temperatursteigerung auf, keine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, keine Übelkeit, kein Erbrechen. Hin und wieder ist die Nacht im Anschluß an die im Laufe des Nachmittags gemachte Injektion etwas unruhig, leichter Schweißausbruch, bei Empfindlichen wurde geringer Kopfschmerz beobachtet. Nie fand sich Albumen im Urin, unter 25 Fällen nur einmal ein handtellergroßes Erythem an der Injektionsstelle, das nach einem Tag wieder verschwand. Die Vakzineinjektionen sind völlig schmerzlos.

12—18—24 Stunden post injectionem zeigte sich am kranken Organ (besonders leicht bei Epididymitis zu studieren) eine akute Rötung, ein Glänzendwerden der Haut, fast konstant eine geringe Zunahme der Schmerzhaftigkeit und Schwellung des Entzündungsherdes. Diese Erscheinung hält F. für eine „lokale Vakzinereaktion“, die selbst dem kritischen und skeptischen Beobachter beweisen dürfte, daß die injizierte Vakzine auch wirklich am Orte der Affektion eingreift und dort die Rückbildungsvorgänge einleitet. Die Resorption des Infiltrates setzt sofort nach Abklingen der Reaktion ein und am zweiten Tage bemerken die Patienten



den oft auffallenden Rückgang. F. hat den bestimmten Eindruck, daß die Vakzinebehandlung schneller eine Umstimmung im Entzündungsherd herbeiführt, als irgend eine andere Methode. Nach 3—4—5 Injektionen, meistens schon nach 3 Injektionen, also in zirka 9 Tagen, ist der Pat. seine Geschwulst los. Nicht verschwiegen darf werden, daß *geringe* Infiltrate oft noch nach 14 Tagen nachweisbar sind; *zweifellos* sind sie aber geringer als man sie sonst zu sehen gewohnt ist. Ein hartes chronisches Infiltrat, wie man es bei tuberkulöser Epididymitis sieht, die sich leider hin und wieder im Anschluß an gonorrhoische Epididymitis bei Tuberkulösen bildet, hat F. unter seinen Fällen nie beobachtet. Auffallend ist, daß nach Ablauf der Epididymitis der Ausfluß durch die Vakzineinjektionen nicht mehr gebessert ist als sonst bei Bettruhe und etwaiger interner Medikation.

2. *Akute katarrhalische Prostatitis gonorrhoica.* Da diese Affektion durch Bettruhe, heiße Kataplasmen auf den Damm usw. auch sonst meist prompt zurückgeht, so glaubt F., daß für diese relativ leicht beeinflußbare Form eine Notwendigkeit für eine neuere Methode nicht besteht.

3. *Follikuläre akute und subakute Prostatitis.* Der Zufall fügte, daß sie einen schon 2 Monate vorher genau beobachteten klinischen Fall, der recht akut eingesetzt hatte mit starker akuter follikulärer Prostatitis und Harnverhaltung und der sich bei den üblichen Maßnahmen nur sehr langsam besserte, durch die ersten Vakzineinjektionen subjektiv und objektiv so evident beeinflussen konnten, daß man den Umschwung im Krankheitsverlauf nach 9 Vakzineinjektionen auf Rechnung der Vakzine setzen muß.

4. *Spermatocystitis gonorrhoica subacuta*: durch 8 Vakzineinjektionen günstig beeinflußt, aber nicht völlig ausgeheilt.

5. *Bartholinischer Abszeß*: 0·5 *Reiters* Vakzin. Nach 24 Stunden Inzision nicht mehr aufschiebbar.

6. *Adnextumor: ophoritis*: Gonokokken teils im Urethralsekret, teils im Zervixsekret, scheinbar günstige Beeinflussung. Wegen Spärlichkeit des Materials auf diesem Gebiete kann zur Zeit kein bestimmtes Urteil abgegeben werden.

Während sie schon in einer Reihe von Fällen mit *Reiter*schen Vakzin gearbeitet hatten, erschien die Arbeit von C. *Bruck* (Breslau), in der *Bruck* unter anderen seine Erfolge mit der von ihm angegebenen Vakzine „Arthigon" publiziert. *Bruck* war der erste, der in Deutschland auf den Nutzen der aktiven Immunisierung speziell bei gonorrhoischen Prozessen hinwies. Sie versuchten nun auch das Arthigon, das von der chemischen Fabrik Schering in dankenswerter Weise zu Versuchszwecken gratis zur Verfügung gestellt wurde und erzielten auch mit diesem Präparat die gewünschten Erfolge, ähnlich wie oben geschildert und genau in dem Sinne, wie *Bruck* selbst berichtet (Med. Klinik 1910).





Der Vergleich beider Präparate ergibt: **Reiters** Vakzin enthält in einem cm^3 ca. 5 Millionen abgetöteter Gonokokken, **Brucks** Arthigon enthält in 1 cm^3 ca. 20 Millionen abgetöteter Gonokokken.

Reiter schlägt in Anlehnung an **Wrights** Forderungen kleine bis mittelgroße Dosen vor: 0·2—0·4—0·6—1·0, ausnahmsweise bis 1·5—2·0 in Pausen von 4—7 Tagen.

Bruck hält kräftige Reaktionen und Anstieg der Temperatur zur kräftigen aktiven Immunisierung für erforderlich. Er spritzt 0·5—1·0 bis 1·5—2·0 in Pausen von je 3—4 Tagen unter Kontrolle der Temperaturkurve.

F. hat nach beiden Autoren mit beiden Präparaten gearbeitet und hat mit beiden Modifikationen gute Erfolge erzielt. Vorhandenes Fieber ist eine Kontraindikation gegen **Brucks** Arthigon, dagegen kann man die **Reiter**schen kleinen Dosen ruhig auch bei fiebernden Patienten geben.

Es wird Sache der Zukunft sein, die Anfangsdosis zu normieren, und es wird wohl genügend klinische Anhaltspunkte geben, die dabei als Richtschnur dienen: so wird man bei ambulanten und bei empfindlichen Patienten wohl lieber das schwächere **Reiter**sche Vakzin wählen, was mit kleinen Dosen zum Ziel zu kommen sucht, während man bei schweren und längere Zeit klinisch zu behandelnden Fällen wohl bald zu dreisteren Dosen des stärkeren Arthigons greifen wird. Betonen möchte ich, daß nicht allein die Zahl der im cm^3 vorhandenen Gonokokken, sondern wohl auch die Zeit der Fortzüchtung für die definitive Wirksamkeit in Rechnung zu setzen ist.

Die klinischen Beobachtungen zusammenfassend können F. und R. sagen: Die Vakzinebehandlung leistet auffallend gutes bei Epididymitis acuta und subacuta gon., zufriedenstellendes bei follikulärer Prostatitis acuta und subacuta, wo sie die Dauer der Erkrankung doch wenigstens abkürzt und die übrigen therapeutischen Maßnahmen unterstützt, sie versagt bisher bei der akuten und subakuten Urethritis anterior und posterior und Urethrozystitis und kann bei diesen Affektionen bisher nicht konkurrieren mit den Präparaten der oft bewährten Argentumtherapie. **O. Rosenthal.**

Verhandlungen der Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. Juli 1910.

Barcat demonstriert eine Patientin, die an Verrucae planae beider Handrücken und der Vorderarme gelitten hatte. Die rechte Hand wurde mit Radium behandelt, die übrigen Stellen unbehandelt gelassen. Es trat darauf Heilung sämtlicher Warzen ein, auch auf der unbehandelten Seite.

Gaucher und **Druelle** demonstrieren einen Fall von multiplen verrukösen Gesichtsnaevi. Die Geschwülste saßen besonders an der Nase, den Nasenwangenfalten, den angrenzenden Wangenpartien und am Kinn.

Gaucher und **Couineau** demonstrieren ein 20jähriges Mädchen mit einem ausgedehnten Pigmentnaevus am Rumpf, der die Form einer Pelerine nachahmte. Patientin leidet außerdem an einer partiellen spastischen Lähmung der Beine mit Kontrakturerscheinungen. Die Lähmung trat im Alter von $2^1/_2$ Jahren nach Masern auf und betraf ursprünglich die Arme und die Beine. Da Pat. Zeichen von hereditärer Lues darbot, so glauben Verf., daß dieselbe ätiologisch für den Naevus und die paraplegischen Erscheinungen in Betracht falle.

Gaucher, Druelle und **Jakob.** Ein 32jähriger Mann, der an Skabies und Pediculi pubis litt, akquirierte Ulcera mollia am Penis. Durch Kratzen inokulierte sich der Patient Ulcera mollia am Körper, besonders in der Gegend der Handgelenke. Ducreysche Bazillen sowohl in den Geschwüren am Penis wie des Handgelenkes positiv.

Thibierge demonstriert ein Mädchen, das mit 16 Jahren Lues akquirierte und verschiedentlich allgemein und lokal behandelt worden war. Die Syphilis hatte malignen Charakter und zeigte sich in Form von tiefen Ulzerationen, die trotz intensiver Therapie nie ganz zur Heilung zu bringen waren. Verf. applizierte dann Koaltar nach der Methode von Dind und in 6 Wochen waren sämtliche Geschwüre überhäutet ohne Allgemeinbehandlung.

Gaucher, Druelle und **Jakob** berichten über einen Fall von maligner Lues — zahlreiche Ulzerationen und Gummata — der mit einer schweren Hg-Stomatitis kompliziert war. Da Hg nicht mehr verabreicht werden konnte, versuchten Verf. das Hektin; nach 14 Injektionen à 0·1 pro dosi trat Heilung sämtlicher Läsionen ein.

Gaucher und **Couineau** demonstrieren zwei Fälle von chronischer Purpura. Ätiologie: Arteriosklerose.

Balzer, Burnier und **Drouilly.** Ein 30jähriger Kutscher leidet an Dermatitis herpetiformis der Hände. Ein Jahr nach Beginn dieser Dermatose bekommt er Lues, in deren Gefolge sich eine Hämoglobinurie einstellte.

Balzer und **Burnier** demonstrieren einen Fall von Herpes zoster im Bereich des Nervus glutaeus inferior mit aberierenden Bläschen, die mehr oder weniger über den ganzen Körper disseminiert waren.

Thibierge und **Weißenbach**. Ein 80jähr. Gärtner litt an einer Sporotrichose des linken Handrückens, die große Ähnlichkeit mit einem Kerion Celsi hatte. Der Kulturversuch ergab das Sporotrichum Beurmanni. Auf KJ-Therapie Heilung.

Balzer und Mme. **Vaudet-Neveux** demonstrieren eine 64jähr. Lumpensammlerin mit Sporotrichose in Form von disseminierten Gummata. Pat. hatte im Alter von 20 Jahren Lues. Kulturversuch auf Sporotrichum positiv.

Jeanselme und **Chevallier** berichten über einen Fall von Sporotrichose mit zahlreichen subkutanen Gummata, mit Zungenläsionen, mit einer Iritis, die von einer luetischen nicht zu unterscheiden war, mit Gummata in den Hoden und Nebenhoden und Exostosen. Vor 1 Jahr Amputation des Oberschenkels infolge eines Tumor albus im Knie, der Kindskopfgröße erreicht und sich in völlig schmerzloser Weise entwickelt hatte. Kulturell ließ sich ein Sporotrichum züchten, das Ähnlichkeit mit dem Sporotrichum Bombycinum hatte und das Sp. Jeanselmi genannt wird. Den Tumor albus glauben die Autoren ebenfalls auf die Sporotrichose zurückführen zu müssen.

Balzer und **Burnier** beobachteten einen 20jährigen Syphilitiker und starken Raucher, der 6 Monate nach Beginn des Schankers eine ausgedehnte Leukoplakie der Zunge und der Innenseite der Mundwinkel bekam.

Gastou empfiehlt zur Behandlung von Röntgendermatitiden und torpiden Ulzerationen den „Baume Berger", „Ulzerin" genannt, der an wirksamen Stoffen enthält: Salizin, Populin, Acid. benzoicum, Pektin und Acid. gallicum, die mit Perubalsam gemischt sind. Die genauere Zusammensetzung ist im Text nachzulesen.

Gastou demonstriert ein neues Stereoskop von Pigeon, das mehrere Vorteile bieten soll. Das Stereoskop figuriert im Handel unter dem Namen „Stereoskop Dixio".

Paris und **Sabaréanu** untersuchten 7 Fälle von hereditärer Lues auf das Vorhandensein von Spirochaeten in der Hypophyse. Das Resultat war in 3 Fällen ein positives. Die Spirochaeten fanden sich aber nur im Vorderlappen, während der Nerventeil verschont war.

Gastou und Mme. **Lebert** haben 200 Fälle serodiagnostisch nach den Methoden von Wassermann, Noguchi und Foix untersucht. Verf. geben der Wassermannschen Reaktion den Vorzug — obwohl auch die Methode von Noguchi ähnliche Resultate ergebe — und messen ihr beim positiven Ausfall eine große diagnostische Bedeutung bei. Die Autoren erwähnen Einzelheiten der Technik, die besonders zu berücksichtigen sind.

Bodin und **Chevrel** haben 50 Fälle von Syphilis nach der Methode von Porges serologisch untersucht und fanden in 62% eine positive Reaktion. Das neuere Verfahren von Porges besteht darin, daß das zu untersuchende Serum mit glykocholsaurem Natrium gemischt wird. Verf. untersuchten ferner 100 auf Syphilis nicht verdächtige Personen, wovon 14 positiv reagierten. Sie halten die Methode für nicht sicher genug, um praktisch für die Diagnostik der Lues verwertet werden zu können.

Brault beobachtete einen Fall von ausgedehnter sklerös-gummöser Infiltration der Urethra bei einem 26jährigen Mann, der an maligner Lues litt.

Brault hat verschiedene Fälle von Lepra mit Eukalyptol und heißen Bädern, mit Nastin und mit Antileprakapseln behandelt und hat von keinem dieser Mittel einen wesentlichen Effekt gesehen.

Referiert nach dem Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1910. Nr. 7. Max Winkler (Luzern).



Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatologische Abteilung.

Sitzung vom 31. Mai 1910.

Dore, S. E. 73jähr. Mann mit Lupus vulgaris erythematoides. Befallen ist so ziemlich der ganze Hals und Kopf mit Ausnahme eines schmalen Streifens über den Augenbrauen. Lokalisation und Oberflächlichkeit der Infiltration begründen weitestgehende Ähnlichkeit mit Lupus erythematodes. Übrigens klinisch und histologisch sichere Herdchen von Lupus vulgaris vorhanden, auch Narben.

Morris, Malcom. 29jähriges Weib mit Lupus erythematodes fast ausschließlich des Haarbodens; starke Atrophie, Follikel stellenweise nur noch durch braune Pünktchen angedeutet. Zervikaldrüsen beiderseits vergrößert.

Morris, Malcolm und **Fox,** Wilfrid. Lupus erythematodes bei 57jähr. Seemanne, der Erfrierungen ausgesetzt war. Der atrophische Zustand der Ohrmuscheln erinnert Morris daran, daß er Fälle schwerster Erfrierung der Ohrmuscheln in den deutschen Baracken in dem strengen Winter 1870/71 mit ganz ähnlich aussehenden Narben hat heilen sehen. Atrophie an den Ohrmuscheln findet man auch bei Fußballspielern, welche sich wiederholt Risse an der Hinterfläche der Ohrmuscheln zugezogen haben. Lupus erythematodes in seiner ausgebreiteten chronischen Form ist Toxämie; stets läßt auch der Allgemeinzustand der Kranken zu wünschen übrig. Eingreifende Behandlung ist zu meiden.

Sequeira, J. H. 1. Lupus erythematodes mit Epitheliom. 27jähr. Mädchen. Seit 9 Jahren Lupus erythematodes, der das ganze Gesicht, die Handrücken und distalen Teile der Vorderarme, die Vorderflächen der Unterschenkel und die Fußrücken befallen hat. Behandelt mit inneren Mitteln, Finsenlicht, Jodtinktur, Salizylpflaster, reiner Karbolsäure; an der Brust eine Narbe nach X-Strahlenverbrennung. Im Winter qualvoller Zustand infolge Exkoriationen der Füße, Hände und des unteren Teiles des Gesichtes. Im Januar 1910 Auftreten des Epithelioms, entsprechend dem Unterkieferaste. Exzision, Wiederkehr nach 4 Wochen, rasche Ausbreitung, radikale Operation bereits unmöglich.

2. 11 Jahre bestehender Lupus erythematodes ausschließlich des Haarbodens bei 35jähr. Frau. Beginn am Tage nach einem Anfalle von Appendizitis, der eine Operation nötig machte.

3. Lupus erythematodes mit Sklerodaktylie bei 43jähr. Frau. Narben nach Operation tuberkulöser Drüsenabszesse. Mutter Phthisikerin. Lupus erythematodes seit 14 Jahren. Hände stets stark befallen, an ihren Rücken frostbeulenähnliche Stellen. Der kleine Finger der linken Hand dünn, spitz zulaufend, seine Gelenke unbeweglich, die Haut



rosenrot, glatt, glänzend. An mehreren anderen Fingern ähnliche Veränderungen geringeren Grades. Nie Asphyxien, nie Hämoglobinurie.

Sitzung vom 16. Juni 1910.

Adamson, H. G. Linearer Naevus mit Kombination von warzigen und vaskulären Elementen. 7jähr. Knabe. In einer gebrochenen Linie, die an der Außenseite des l. Oberschenkels, der Streckseite des Knies und der Innenseite der Wade herabzieht, sind mehrere *cm* lange, braune, warzige Flecke aneinander gereiht, um sie und zwischen ihnen stellenweise tiefrote „Portweinmäler" angeordnet; im Zuge derselben Linie sind subkutane teigige Schwellungen, offenbar Gefäßnaevi zu tasten. Die Gefäßveränderungen bestehen wohl seit Geburt, die papilläre Beschaffenheit hat sich später entwickelt. Parallelfall aus der Literatur.

Fox, Colcott. 4jähriges Mädchen mit Granuloma annulare. Dorsal an der Grundphalanx des r. Zeigefingers ein hanfkorngroßer, fester, rötlicher Knoten; dorsal an den Grundphalangen der Kleinfinger je ein Ring von eben solcher Beschaffenheit, offenbar durch exzentrische Ausbreitung von Knötchen gebildet.

Davis, H. 1. Lichen planus bei 9jährigem Knaben.

2. Fall zur Diagnose. Ein 4jähriges Mädchen, das vor kurzem Masern durchgemacht hat, trägt — schütter über die Gliedmaßen, bes. deren Beugeflächen verstreut, ganz spärlich an Stamm, Handflächen und Fußsohlen — bräunliche Papeln, die zum Teile deutlich follikulär sind, unverändert bestehen bleiben, keine subjektiven Symptome verursachen. Das Kind ist nicht recht gesund, soll manchmal Paresen der unteren Gliedmaßen von höchstens halbstündiger Dauer erleiden. Die in der Versammlung laut werdende Diagnose Lichen urticatus kann der Vorstellende nicht teilen.

3. Mikroskopische Schnitte von einem linearen Naevus. Dieser wurde in der Aprilsitzung als Naevus unilateralis acneiformis vorgestellt. Die schwarzen Punkte erweisen sich nun als Enden von Hornpflöckchen, welche die Öffnungen kugeliger, mit den Schichten der Epidermis ausgekleideter Krypten verschließen. Reihen dieser Krypten von verschiedener Größe machen den Naevus aus.

Little, Graham. 1. Acne vulgaris mit bis zollangen Keloiden des Rückens bei 20jähriger Dame; das Gesicht zeigt Akne, aber keine Keloide.

2. Fall mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Lichen planus. 46jähr. Frau. Befallen ist ausschließlich die Innenseite des einen Knies und die anliegende Oberschenkelgegend. Die Einzelherde sind viel größer als Lichen planus-Papeln und stärker erhaben. Heftiges Jucken. Myome durch histologische Untersuchung ausgeschlossen.

Meachen, G. Norman. Urticaria pigmentosa bei $2^1/_4$jähr. Knaben. Erster Herd im Alter von $3^1/_2$ Monaten bemerkt. Jetzt treten höchstens noch vereinzelt neue Herde auf.

Mac Leod, J. M. H. Ausgebreitetes Xanthoma tuberosum multiplex mit osteoarthritischen Veränderungen bei 40jährigem Manne. Nie Gelbsucht oder sonst wesentliche Erkrankung. Im Alter von 20 Jahren zuerst gelbe Flecke am Halse, gleichzeitig leichte Schmerzen in Hand- und Kniegelenken. Gegenwärtig linsen- bis bohnengroße, fast knorpelharte Xanthomknötchen und -Plaques, ausgesprochen symmetrisch angeordnet, über den Ellbogenbeugen, in den Achselhöhlen und in ihrer Umgebung, um Augen und Mund, in der Hüft- und Kreuzgegend. Dazu unzählige



rosenrote Makeln, aus denen offenbar die typischen Xanthomherde entstehen. An den vorderen Achselfalten sind die Herde durch die Gelenkbewegungen tief eingerissen, von „septischem papillomatösem Aussehen". Die Gelenkveränderungen haben sich ganz langsam entwickelt. Ellbogen-, Knie-, Handgelenke geschwollen, durch knochenharte Auswüchse verunstaltet; Funktion gestört. Radiographisch: Unregelmäßigkeiten und Erosionen der Knochen, den Auswüchsen entsprechen zarte Schatten wie von Knorpel oder Kallus. Harn normal.

Williams, W. 29jährige Frau. Vor 12 Jahren begann Seborrhoea oleosa, unterbrochen durch Seborrhoea sicca, vor 9 Jahren Haarausfall. Damals drei Jahre hindurch täglich Waschung mit weicher Seife und Spiritusverbände. Seit 5 Jahren plötzlich Weißwerden der Haare am Vorderhaupt. Jetzt Canities eines etwa 7 *mm* breiten Streifens an der vorderen Haargrenze. Auch sonst hie und da ein weißes Haar. Die weißen Haare sitzen lose, haben atrophische Wurzeln. An Neuralgie hat P. nie gelitten. Keine Mikroorganismen zu finden. Bei einer Schwester der Kranken besteht ein ähnlicher Zustand. — Haben die Seborrhoe oder die alkalischen Waschungen ätiologische Bedeutung? — Diskussion: Die vom Vortragenden aufgeworfene Frage wird verneint.

Sitzung vom 21. Juli 1910.

Dore. Ringworm bei einem 28jähr. Manne, an der Hand, im Barte und ungewöhnlicher Weise auch an der Oberlippe. Pilze nachgewiesen.

Mac Leod, J. M. H. 1. Lepra bei 38jähr. Engländer, der in China gelebt hat. Makulo-anästhetische Form Rosiger Fleck am Unterkiefer, für die verschiedenen Empfindungsqualitäten anästhetisch, beziehungsweise hypästhetisch. Stamm des Nervus auricularis magnus bleistiftdick, einer seiner Zweige gleichfalls verdickt, ebenso der die erkrankte Hautstelle versorgende Nervus cervicalis transversus. Wassermannsche Reaktion zweifelhaft.

2. Fall zur Diagnose. 34jähr. Mann. In der Familie mehrfach Tbk. vorgekommen. Vor 2 Jahren an der l. Stirnhälfte rosenrote Fleckchen und Papeln mit Neigung zu Zerfall, Krustenbildung, Hinterlassung vertiefter Narben. Ätzung der Herde; Heilung, dann Nachschub. Innerliche Darreichung von Hg und J wirkungslos. Unter Finsenbehandlung und Antisepsis Heilung. Seit einem halben Jahre neuerliches Rezidiv trotz Hg-Behandlung, Diagnose „Syphilis" stark erschüttert. Calmettesche Reaktion positiv. Diagnose: Acne varioliformis? Acne agminata?

Diskussion. Wahrscheinlich Syphilis. — Nachträglich vorgenommene Wassermannreaktion positiv.

Mc Donagh. Leucoderma syphiliticum, dessen Entstehung aus Makeln verfolgt werden konnte.

(Ref. nach Brit. Journ. of Dermat. 1910. Nr. 7—9.)

Paul Sobotka (Prag).



Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft zu Stockholm.

Sitzung vom 22. September 1910.

Schlasberg demonstriert Fälle von Lichen syphiliticus, von Lichen planus universalis und von Lichen planus des Gesichtes, der Handrücken und der Schleimhaut der Unterlippe.

Almkvist. 8jähr. Knabe mit einem Riesennaevus des Rückens; Länge 28 *cm*, größte Breite 19 *cm*; reichlicher Haarwuchs und braun pigmentierte, stellenweise hyperkeratotische Haut.

Afzelius. 30jähr. Mann; seit 2—3 Jahren chronisches diffuses Ekzem der Unterschenkel und seit einigen Monaten lineäres des rechten Oberschenkels, an dessen Innenseite sich ein 2—3 *mm* breites Band von juckenden, für Lichen planus nicht typischen, teilweise schuppenden Papeln findet, das von der Kniebeuge bis zur Leistenbeuge sich erstreckt; vielleicht entspricht dieser Verlauf einigen Lymphbahnen dieser Gegend.

Moberg. Ein Fall von ausgebreitetem Lichen planus mit arthritischen Symptomen und ein älterer Mann mit Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex; der Patient wurde vor zwei Jahren in dieser Gesellschaft vorgestellt, ist seitdem mit Röntgen behandelt worden und es ist jetzt sehr wenig von seiner Krankheit zu sehen.

Schauman. 43jähr. Mann mit multiplen, follikularen Zysten. Vor 3 Jahren kleine, indolente Knötchen, von der Farbe der umgebenden Haut, an der Hinterseite des Halses; später ähnliche im okzipitalen Teile des Kapillitium; seit einem Jahre auch an der Stirne. Stat. praes.: Zahlreiche solche Knötchen mit angegebener Lokalisation. Im hinteren Teile des Kapillitium, zwischen den Knötchen, zahlreiche kleine Alopezien. Keine Komedonen, Akne oder erweiterte Follikelmündungen. Mikroskopische Untersuchung: Mit Hornlamellen und Haaren ausgefüllte Retentionszysten, durch Dilatation der für 2—4 Follikeln gemeinsamen Infundibula (aperturae communes) entstanden; die Ursache dieser Stagnation ist vielleicht in der eigenartigen Konfiguration der gemeinsamen Aperturen (ungewöhnlich tief oder deformiert) zu suchen. Auf Grund der Stagnation entstehen sekundäre Veränderungen in 1. der Pars media et inferior der Follikeln, die oft durch Atrophie in solide Zäpfchen am Fundus der Zyste reduziert sind und 2. den Talgdrüsen, welche im allgemeinen atrophisch (kleine zapfenförmige Anhängsel) oder auch vollständig verschwunden sind. Oft ist auch eine zystische Dilatation des Ausführungsganges und hie und da Erweichungszysten im Talgdrüsenparenchyme (bisweilen die ganzen Talgdrüsenkörper ausfüllend) zu sehen. Der Prozeß resultiert im Zerfall der betreffenden Follikeln und Resorption durch ein riesenzellreiches Granulationsgewebe.

Strandberg. Drei Fälle von Phlebitis syphilitica mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Über ihre bisherigen Erfahrungen mit Ehrlichs Dioxidiamidoarsenobenzol bei Syphilis geben Strandberg, Schauman, K. Marcus, Almkvist, H. Marcus und Gron (aus Christiania) vorläufige Mitteilungen; nach einer genügenden Beobachtungszeit der behandelten Fälle (zusammen ungefähr 100) werden die Ausführungen von den betreffenden Klinikvorständen veröffentlicht werden.

Karl Marcus (Stockholm).



Fachzeitschriften.

Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. LI. Heft 5 u. 6.

Nielsen, L. Erosio punctata post vesiculosa colli uteri bei Gonorrhoepatienten. p. 197.

Die beschriebene Affektion stellt den allerersten klinischen Anfang der einfachen Erosion dar. Diese Erosion sitzt im Orifizium und auf einem größeren oder kleineren Teil der Außenfläche des Kollum als scharfbegrenzte hyperämische Fläche von erodiertem feuchten Aussehen. Die Unebenheit ihrer Oberfläche verdankt sie zahlreichen dicht gestellten feinen, punktförmigen Grübchen (wie die Eindrücke in einem Fingerhut). Nielsen nennt sie daher Erosio punctata. Ihre Größe und Lokalisation an der Portio ist verschieden; es finden sich alle Übergänge von der isolierten, punktförmigen zur diffusen Erosion mit punktierter Oberfläche. Diese punktierte Form der Erosionen entsteht aus klaren punktuellen, ganz oberflächlichen und ephemeren Bläschen ohne Hyperämie (primäres Element), woraus eine punktuelle hyperämische Vertiefung hervorgeht, ohne Neigung zu peripherem Wachstum (isolierte punktförmige Erosion). Durch Verschmelzung derartiger erodierter Punkte entsteht dann die Erosionsfläche. Unter 70 Fällen von Erosionen am Kollum fand er sie bei 57 (49 mit bestehender, 8 mit vorausgegangener Gonorrhoe, 13 ohne Gonorrhoe) u. zw. bei frischer und chronischer Gonorrhoe, bei Nuliparen und solchen, welche geboren hatten. Bei kleinen Mädchen mit Vulvovaginitis gon. fand er sie niemals, auch nie einen sicheren Zervikalkatarrh. Er hält diese punktierte Form für ein regelmäßiges Vorkommnis bei Gonorrhoe, ohne aber sagen zu können, daß sie ausschließlich bei Gonorrhoe vorkommt. Ihr Vorhandensein ist aber für Gonorrhoe verdächtig. Die Entwicklung und den Charakter der Erosion erklärt N. auf Grund der histologischen Befunde von Ruge und Veit, die in dem neugebildeten Zylinderepithel der Erosion zahlreiche Drüseneinsenkungen fanden. Die punktförmigen Vertiefungen entsprächen dann einem kleinen Drüseninfundibulum, die kleinen Bläschen einer minimalen Sekretion der unter dem normalen Plattenepithel gefundenen Drüschen, deren Bildung eben ein Abstoßen des normalen Plattenepithels zur Folge hat.

Aoki. Über die Verwendung meiner Instrumente in der modernen Gonorrhoetherapie. p. 207.

Aoki führt die Medikamente auf elektrolytischem Wege auch in die tieferen submukösen Schichten der Harnröhre. Das Instrumentarium besteht aus einem Saugapparat und zwei Kathetern, welche durch eine Scheidewand geteilt sind. Olivenförmige Ansätze verhindern das Eindringen der einzutreibenden Flüssigkeit nach hinten. Für die Urethra anterior verwendet man den kurzen Katheter, für die posterior einen langen mit Beniquékrümmung. Der Katheter wird bei geschlossenen Hähnen zur Hälfte mit 5% Glyzerinlösung, die 1% Arg. nitric. enthält, gefüllt, eingeführt und dann erst öffnet man den unteren Hahn und beginnt zu saugen. Dann wird der zweite Hahn geöffnet und das durch die Öffnungen in den Katheter eingedrungene Sekret aus diesem Zweig mit warmer 2% Borlösung ausgespült und 1% Protargol- oder 1/2% Albarginlösung eingespritzt. Dann schließt man beide Hähne, verbindet den + Pol mit dem eingeführten Instrument, legt die — Elektrode auf den Bauch und läßt den 8—10 Milliampère starken Strom durch 8—10' einwirken. Darnach Borwasserausspülung. In der ersten Woche eine Sitzung, später zwei. In den Pausen 1—2mal täglich Adstringentien. Nach ca. 10 Sitzungen Heilung des chronischen Trippers.

Dreuw. Urticaria factitia und Keloid. p. 210.

Der Kranke Dreuws litt seit 1 Jahre an einem Ödem des Präputium. Es war derb, halbkugelig und sackförmig nach unten vorgetrieben. Behandlung erfolglos. Seit derselben Zeit litt Pat. auch an einer Urticaria factitia. Nach jedem Koitus, der durchschnittlich einmal wöchentlich ausgeführt wurde, trat dieses Ödem auf (also ca. 50mal im letzten Jahre). Dies dürfte das Entstehen des persistierenden Ödems am Präputium erklären. Am Halse bestand außerdem ein Keloid; auch überall an den Nates, wo Pat. wegen Lues Injektionen erhalten hatte, bildeten sich leichte keloidartige Erhebungen, die nach 3—4wöchentlichem Bestande verschwanden. Es fragt sich, ob nicht ein Zusammenhang zwischen der Urtikaria und der Keloidbildung besteht. Vielleicht entsteht letztere auf länger dauernde Reize.

Piccardi, G. Metastatisches Angioma senile und seine Beziehungen zum sogenannten Sarkoma Kaposi. p. 241.

Zweieinhalb Jahre nach dem Auftreten kleiner hirsekorn- bis erbsengroßer Hämangiome am Skrotum entwickelten sich bei dem Kranken ähnliche Knoten an der Seite des Thorax, deren Anordnung dem Rippenverlauf entsprach. Die rotvioletten Knötchen stehen zumeist gruppiert oder fließen zu traubenartigen Gebilden zusammen. In der Umgebung ist die Haut etwas ödematös, gelblich verfärbt. Die Knötchen sind spontan und druckschmerzhaft. Arsenbehandlung war erfolgreich, konnte jedoch Rezidive nicht verhüten. Histologischer Befund: Das Anfangsstadium zeigt zahlreiche große Spindelzellen, welche Lücken und Kanälchen zwischen sich lassen, die Blut enthalten. Der zentrale Teil ist stark gelockert, seine Zellen behalten noch spindelige Gestalt, sind aber stark abgeplattet und verlängert. Ihre Enden zeigen lange Ausläufer, welche, sich vielfach miteinander verflechtend, ein feines weitmaschiges Netzwerk



bilden. In der nächsten Nachbarschaft des Knötchens finden sich zahlreiche Blutkapillaren, gebildet aus zwei oder mehreren Schichten spindelförmiger oder rundlicher Endothelzellen, an der Peripherie weite runde ei- oder rautenförmige, mit Blut gefüllte Lakunen, umgeben von einer oder zwei Schichten langer Spindelzellen, deren Fäden sich vereinigen und die dann eine kontinuierliche Wand bilden, von welcher mehrfach einige Zellen ausgehen und eine Scheidewand in der Höhle bilden. Plasmazellen mäßig reichlich. Der vollentwickelte Knoten ist durch Vereinigung mehrerer kleinerer entstanden und besteht ebenfalls aus einem Geflecht von Spindelzellen, welche, durch gegenseitige Kompression verdünnt und langgestreckt, sich konzentrisch schichten, in den zentralen Teilen des Knötchens degenerieren, zu dünnen Fäden reduziert werden und ein dünnes Netzwerk bilden. Im zentralen Teil anderer Knötchen findet man ein kleines Gefäß mit fast gänzlich verstopftem Lumen, seine Endothelien gewuchert, in verschiedenen konzentrischen Schichten angeordnet. Diese Knötchen haben keine scharfe Grenze; an ihrer Peripherie erweiterte Blutlakunen, in der Umgebung konzentrisches Bindegewebe, oft auch viel Blutpigment. Die elastischen Fasern fehlen im Innern der Knötchen zumeist völlig. Die Knötchen am Skrotum sind besser abgegrenzt und bestehen aus einem mit Blut gefüllten Maschenwerk; keine Alterationen der Blutkapillaren. Sie enthalten mehr Bindegewebe, während die Spindelzellen dünner und kleiner sind oder auch ganz fehlen, so daß das Netzwerk ausschließlich aus Bindegewebsbündeln besteht. Plasmazellen spärlich. An der Stelle, wo Knötchen resorbiert wurden, findet man viel Blutpigment und vielfach verschlungene Blutkapillarräume, umgeben von kompaktem Bindegewebe. Plasmazellen äußerst selten.

Für diese Krankheit behält Piccardi den von W. Pick vorgeschlagenen Namen Angioma senile bei und drückt durch das Beiwort „metastaticum" den Hauptcharakter der Neubildung aus, jene Metastasenbildung, die Pick schon in seinen Fällen vermutete. Die Anordnung der Metastasen entsprechend dem Rippenverlauf bringt Verf. mit dem Gefäßverlauf in Zusammenhang. Sie sind auf dem Wege der Blutbahn an einer Hautpartie entstanden, welche durch präexistierende anormale Zirkulationsverhältnisse für die Niederlassung und Weiterentwicklung der zirkulierenden Geschwulstkeime prädisponiert ist. Er sieht diese Geschwulst nach Struktur, Sitz, Verlauf und Erfolg der As-Therapie als eine Übergangsform zum Sarkoma multiplex hämorrhagicum Kaposi an. Der Ursprung der Neubildung ist in den Kapillaren zu suchen. Neben der Endothelwucherung findet auch Bindegewebsneubildung statt, welches den dünnwandigen Kapillaren als Stütze dient. Es erscheint Verf. nicht unwahrscheinlich, was auch W. Pick vermutete, daß die spindelförmigen Zellen mit endothelialer Abstammung und Funktion wieder Bindegewebsnatur annehmen und sich in fibröses Bindegewebe umwandeln können. Andererseits ist aber auch nicht die Möglichkeit auszuschließen, daß diese Fasern von perivaskulärem Bindegewebe abstammen. In dem Befund



von Plasmazellen in den Anfangsstadien der Geschwulst sieht Verf. einen Beweis für die Neubildung von Kapillaren. Ludwig Waelsch (Prag).

Dermatologische Zeitschrift. 1910. Heft 9 u. 10.

Török. Die Lehre von der angioneurotischen und hämatogenen Hautentzündung. p. 619. 1910. Übersichtsreferat, wird nach Schluß des Artikels referiert.

Spiethoff. Beitrag zu den Gewebs- und Blutveränderungen bei der Mycosis fungoides. p. 642. 1902. Wird nach Schluß des Artikels referiert.

Dreyer. Der Nachweis der Spirochaete pallida in der Klinik der Syphilis. p. 658. 1910.

Die vorliegende Arbeit umfaßt „einige klinische Erfahrungen, die sich aus dem Nachweis der Spirochaete pallida im Gewebssaft und im Schnitt exzidierter Gewebe ergaben". Der Nachweis gelang Dreyer in 205 Fällen, wovon 105 harte Genitalschanker, 3 extragenitale Schanker, 3 Chancre mixtes, 44 Schleimhautpapeln, 28 Condylomata lata, 12 geschlossene trockene Papeln, 2 orbikuläre papulöse Syphilide, 8 pustulöse sekundäre Syphilide, 2 Acne capitis, 3 Lichen syphiliticus, 1 eine feuchte Zehenpapel, 1 eine Analpapel bei hereditärer Syphilis betrafen, in einem Falle gelang der Nachweis im Harnröhrensekret bei Urethralschanker sowie im Speichel und endlich im Urin bei syphilitischer Nephritis. Zur Gewinnung des Materiales wurde Hoffmanns Saugmethode verwendet, bei der Untersuchung sowohl das Dunkelfeldverfahren als auch besonders die Giemsa-Färbung. Wenn auch das erstere gute Resultate zeitigt, so ist ihm doch besonders bei geringem Spirochaetengehalt die Färbungsmethode überlegen. Auch die Barrische Methode, die Spirochaeten in chinesischer Tusche auszusparen, ist sehr verwendbar und besonders einfach. Was die wechselnde Menge der Spirochaeten in den verschiedenen Fällen betrifft, so scheint die Lokalisation eine Rolle zu spielen, indem in manchem Gewebe die Spirochaeten leichter in das subkutane Gewebe gelangen, in dem sie nach Untersuchungen von Terebinsky keinen so günstigen Boden für ihre weitere Entwicklung finden. So konnte Dreyer in zwei Fällen von Schanker des Hodensackes keine Spirochaeten nachweisen. Die Behandlung erschwert wohl den Nachweis, doch konnte Dreyer nach Injektionen von unlöslichen sowohl als löslichen Salzen Spirochaeten in trockenen Hautpapeln nachweisen. Bemerkenswert sind weiters zwei Fälle von isolierten Papeln, einmal an der Haut, einmal an der Tonsille, bei denen der Nachweis von Spirochaeten gelang, die Wassermannsche Reaktion negativ blieb. Histologisch wurden 35 Fälle untersucht; von den 31 untersuchten Schankern fanden sich 16mal Spirochaeten in Schnitten, 2 Fälle, in denen die Hautstücke mit Sublimat vorbehandelt waren, sind auszuschließen. In den 2 Fällen von Papeln und einem von Gumma gelang der Nachweis nicht, dagegen in einem Falle



von Lichen syphiliticus. Auffallend ist die Beobachtung des besonders reichlichen Vorkommens von Spirochaeten bei Lokalisation des Primäraffektes in behaarten Gegenden. Dreyer war in der Lage, seine Fälle daraufhin zu beobachten, ob reichlicher resp. geringer Spirochaetengehalt des Primäraffektes und weiterer klinischer Verlauf in einem Konnex stehen. Es scheint, daß die Spirochaetenmenge einen Schluß auf den Verlauf der Syphilis erlaubt. So haben 9 Fälle, in denen der Spirochaetennachweis nicht gelang, in jahrelanger Beobachtung nach der ersten Kur keine Rezidive mehr gezeigt. Weiters erstrecken sich Dreyers Beobachtungen auf Spirochaetennachweis und klinischen Verlauf bei Abortivkuren, wobei er zu folgenden Schlüssen kommt: 1. Es ist an der Heilung der Syphilis durch Abortivbehandlung ohne Ausbruch von Allgemeinerscheinungen nicht zu zweifeln. 2. Eine starke Dosierung ist die unbedingte Voraussetzung für einen Erfolg, weshalb sich nur vollkommen gesunde Individuen für die Behandlung eignen. 3. Bei ungenügender Dosierung kommt es leicht und früh zu Tertiärerscheinungen. 4. Alle jene Abortivkuren, bei denen nach der Kur noch Erscheinungen aufgetreten sind, haben ihren Zweck verfehlt. — Am Schluß der Arbeit folgt eine kurze Skizzierung der Spirochaetenbefunde, wie sie sich in den Schnittpräparaten fanden. Die Spirochaeten fanden sich in den meisten Fällen in der Kutis; in dem lockeren Bindegewebe wurden sie in geringerer Anzahl gesehen. In 10 Fällen wurden sie auch in den Blutgefäßen nachgewiesen, im Falle von Lichen syphiliticus in den Haarscheiden.

Bruhns und **Alexander.** Zur Frage der Immunität nach Trichophytie-Erkrankungen. p. 696.

Die Tatsache, daß gewisse Trichophytieformen beim Tier sowie beim Menschen eine Immunität gegen neue Infektionen gewähren, wurde zuerst von Bloch festgestellt. Er konnte durch kutane Impfungen Tiere gegen nachfolgende Impfungen entweder mit demselben Stamme oder auch mit anderen Stämmen immunisieren. Die beiden Autoren haben in dieser Richtung rund 160 Impfungen an ungefähr 60 Meerschweinchen unternommen. Sie verwendeten dabei 5 Stämme und zwar 2 Pilzstämme aus der Gruppe des Trichophyton gipseum, einen Stamm des Mikrosporon villosum und 2 Stämme Blochs, von welchen einer favusähnlich, der andere aus einem Cerion celsi gezüchtet war. Die Nachprüfung der Blochschen Versuche mit seinen Stämmen ergab keinen Fehlschlag im ersten Angehen der Impfung, kein erneuertes Angehen bei der zweiten Impfung. Die größte Zahl der Impfungen wurde mit einem Stamme P gemacht, der von einem Herpes tonsurans der unbehaarten Haut stammte und auf Sabourauds Maltose-Agar gezüchtet war. Die Überimpfung erfolgte in der Weise, daß die Kultur zwischen Sandpapier feinst zerrieben wurde und mit demselben Papier in die Haut eingerieben wurde. Die Resultate waren folgende: In 31 Fällen ging die erste Impfung jedesmal an. Die mit dem Stamme P infizierten Tiere wurden zum zweitenmale, teilweise zum drittenmale, nach 15 Tagen bis 5 Monaten mit ver-



schiedenen sicher angehenden Stämmen geimpft. Während nun Blochs Stamm immer immunisierte, rief Stamm P nur in 27 Fällen sichere Immunität hervor, in zwei Fällen war die zweite Impfung zweifellos positiv. Bei den Zweit- und Drittimpfungen zeigte sich in 17 darauf geprüften Fällen, daß der Stamm gegen sich immer immunisierte. Diese 17 Tiere blieben bei einer dritten Impfung mit Blochs Stämmen auch immun. Sehr bemerkenswert ist, daß in einem der Fälle die zweite Impfung mit Stamm P negativ war, während die dritte mit Blochs Stamm anging. Interessant ist ferner, daß in einem Falle die Zweitimpfung das klinische Bild einer positiven Impfung zeigte, wobei mikroskopisch keine Pilze nachzuweisen waren, was auf eine Überempfindlichkeit der Haut zurückzuführen wäre, in einem anderen positiven Falle lief die Infektion schneller ab, war im ganzen also abgeschwächt. Ein weiterer zur Impfung verwendeter Stamm U, der auch von einer oberflächlichen Trichophytie stammte, war zu weiteren Versuchen nicht tauglich, weil schon die Erstimpfung unter 17 Fällen neunmal versagte. Ein dritter Stamm, Microsporon villosum, gab bei Erstimpfungen unter 20 Fällen 7 negative Resultate. Die mit positivem Erfolg geimpften Tiere erlangten zum größten Teile keine Immunität bei Neuimpfungen. Eine Anzahl von geimpften Tieren zeigten namentlich, wenn die zweite Impfung der ersten bald folgte, stark infiltrierte Herde, die sich mikroskopisch als negativ erwiesen. Eine Patientin mit Herpes tonsurans (Stamm P) wurde $^1/_2$ Jahr später mit ihrer eigenen Kultur an beiden Oberarmen geimpft. Auf dem vorher gesunden Arm wurde die Impfung positiv, auf dem anderen blieb sie negativ. Während also Blochs Stämme immer immunisierten, war bei den Impfungen mit den übrigen Stämmen nur relative Immunität zu erzielen. Die Differenz ist wohl auf die verschiedene Provenienz der Stämme zu beziehen, indem Blochs Stämme von tief infiltrierenden Formen, die der Autoren von oberflächlichen stammten. Dieselben Differenzen wurden auch schon bei Anwendung von Trichophytin gemacht. Da nun derselbe Pilz ja beim selben Individuum einmal oberflächliche, einmal tiefe Formen hervorbringen kann, so muß wohl bei der Pilzinfektion eine Reihe von Begleitumständen dazu kommen, unter denen die entzündliche Infiltration die Hauptrolle spielt, um die Zellen in dem Sinne umzustimmen, daß eine volle Immunität gegen erneute Trichophytieinfektion zustande kommt.

Török. Die Lehre von der angioneurotischen und hämatogenen Hautentzündung. p. 619 u. 707.

Die vorliegende Arbeit ist, wie aus der Fußnote ersichtlich, ein über Wunsch der Redaktion zusammengestelltes Übersichtsreferat über die Angioneurosenlehre und die Berechtigung, dieselbe auf Grund experimenteller, histologischer und chemischer Untersuchungen durch die Lehre von der hämatogenen Entzündung zu substituieren. Die Lehre von den Angioneurosen stammt aus dem Jahre 1867, die mit ihr verknüpften Namen sind die von Eulenburg, Landois, Köbner, Lewin. Bei diesen Autoren finden wir im ganzen die Henlesche neuristische Ent-



zündungslehre wieder. Durch die Cohnheimschen Untersuchungen wird allerdings dieser Lehre allmählich der Boden entzogen. Auspitz, als nächster Autor von Bedeutung, stellt die Angioneurosen zu den Entzündungen, als erste Gruppe dieser angioneurotischen Erkrankungen nennt er die akuten Exantheme. Unna trennt wieder die Angioneurosen von den Entzündungen, er unterscheidet wohl auch angioneurotische Entzündungen, doch wird auch bei letzteren die Entzündung nicht auf einen Einfluß der vasomotorischen Nerven zurückgeführt. Er unterscheidet im ganzen fünf Typen u. zw. Anämien, Zyanosen, Ödeme, Erythantheme, unter diesen wieder symptomatische und idiopathische und die der Blutungen. Diese Theorie der Angioneurosen hat in der Lehre der hämatogenen Entzündung ihren Feind. Török bespricht eingehend die Arbeiten der verschiedenen Autoren und unterzieht sie einer Kritik; er selbst steht auf dem Boden der Lehre von der hämatogenen Entzündung. Zu den Stützen der Angioneurosentheorie gehören vor allem Neisser, Kreibich, Moro, Ehrmann u. a., deren Arbeiten Török genau bespricht, in allen angeführten Fällen kritisiert und widerlegt. Er kommt zum Schlusse, daß die Annahme, daß die Hautveränderungen, welche noch in letzter Zeit zu den Angioneurosen gerechnet wurden, namentlich die Erytheme und die Urtikaria, durch Vermittlung des vasomotorischen Nervensystems entstünden, derzeit weder über experimentelle, noch über anatomische Stützen verfüge. Die klinischen Beobachtungen, welche als Stützen für die Annahme der angioneurotischen Hautveränderungen angeführt worden sind, können als solche nicht anerkannt werden. Denn diese klinischen Beobachtungen sind erst auf den supponierten Zusammenhang der beobachteten Hautveränderungen mit dem Nervensystem und mit Bezug auf ihre Entstehung zu erforschen. Überdies stellt sich bei Sichtung des Beobachtungsmaterials heraus, daß *a*) ein Teil desselben nicht gut beobachtet und zu falschen Folgerungen benützt wurde und *b*) ein anderer zumindest mit ebenso viel Berechtigung durch die Annahme einer hämatogenen als durch die einer neurogenen Entstehungsweise erklärt werden kann, demnach nicht unbedingt die Angioneurosenlehre stützt. Unter den Autoren, welche sich zur Lehre der hämatogenen Entzündung bekennen, ist vor allem der Verfasser selbst, weiter Philippson, Briege, Veiel, Bruck, Hari u. a. Aus den in diesen Arbeiten niedergelegten histologischen, bakteriologischen, chemischen und experimentellen Untersuchungen ergibt sich für Török der Schluß, daß die besprochenen Hauterkrankungen Entzündungen sind, welche in den Fällen, in welchen sie vom Inneren des Organismus her bedingt sind, auf dem Wege des Blutkreislaufes entstehen. Sie sind hämatogene Entzündungen.

Spiethoff. Beitrag zu den Gewebs- und Blutveränderungen bei der Mycosis fungoides. p. 642 u. 732.

Die Schwierigkeiten, welche die rein klinische Diagnose und Abgrenzung der Mycosis fungoides, namentlich in den Anfangsstadien gegenüber anderen Dermatosen macht, hat Spiethoff bewogen, sich



genauer mit dem Blutbild bei dieser Erkrankung zu befassen, um vielleicht auf diesem Wege neue Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose der Mycosis fungoides zu gewinnen. Es sind im ganzen drei Fälle, von denen ein Fall letal abging. Alle 3 Fälle sind histologisch untersucht. Das von Fall 1 und 3 entnommene Material entstammt mehr weniger diffusen und älteren Herden. Es ergibt sich in allen Präparaten dieser zwei Fälle eine Übereinstimmung in den allgemeinen Strukturverhältnissen, in dem ein diffuses Infiltrat der oberen Schichten der Kutis vorliegt, das sich scharflinig gegen die tieferen Schichten des Stratum reticulare absetzt und in diese herdförmig hineinragt. Im Fall 2 ist der Aufbau des Infiltrates insoweit abweichend, als hier, entsprechend den kleinknotig umschriebenen Infiltrationen der Haut, der das Material entnommen ist, der herdförmige Charakter deutlich hervortritt und eine Art von Schichtung zeigt. Die Möglichkeit, daß es sich in diesem Falle um eine andere Erkrankung als im Falle 1 und 3 handelt, muß in Erwägung gezogen werden, obwohl die Zusammensetzung des Infiltrates große Übereinstimmung in den wesentlichen Punkten mit den übrigen Fällen zeigt. Sein Reichtum an Mastzellen, Armut an Lymphozyten, Plasma- und Riesenzellen sind die hervorstechendsten Eigenschaften. Die speziell bei Fall 1 beschriebenen Mastzellen lassen eine weitere Differenzierung in solche mit chromatinarmem und chromatinreichem Kern zu, welch letztere infolge des Chromatinreichtums des Kernes den Eindruck von Myelozyten und Leukozyten machen. Trotzdem hält Spiethoff an der histiogenen, autochthonen Entstehung dieser Zellen im Gewebe selbst fest. Interessant ist die Frage nach dem Ort der Entstehung, der in den Infiltraten vorkommenden eosinophilen Zellen; sie sind in allen Stadien der Mykosis nachgewiesen worden. Ihre überwiegende Mehrzahl ist polynukleär. Die Agnoszierung der mononukleären Eosinen im Gewebe stößt auf große Schwierigkeiten. Es scheint, daß die eosinophilen Zellen im Gegensatz zu den Mastzellen nicht autochthon im Gewebe entstanden sind, sondern aus dem Blut angeschwemmt wurden. Die Blutuntersuchungen wurden in allen drei Fällen durchgeführt u. zw. stets auf nüchternen Magen. Es wurden Zählungen der weißen Blutkörperchen vorgenommen, Trockenpräparate nach Giemsa, Jenner und Pappenheim gefärbt. Unter den mannigfaltigen Anomalien im Blutbilde aller drei Fälle hebt sich die Eosinophilie als der am meisten konstante Faktor hervor. Es ließ sich nachweisen, daß das Blutbild in konstantem Zusammenhang mit den Hauterscheinungen ist. Während die Eosinophilie auf dem Prozeß der Mykosis selbst zu beruhen scheint, hängt die Menge der Mastzellen, Neutrophilen und Lymphozyten vor allem von den Komplikationen ab. Die Therapie scheint keinen wesentlichen Einfluß auf das Blutbild zu üben. In einem Falle schien Arsenmedikation die Eosinophilie zu steigern. Röntgenstrahlen änderten an dem Bilde gar nichts. Bei Vergleichung des Blutbildes mit den Gewebsveränderungen konnte man trotz fehlender eosinophiler Zellen im Blute am Tage der Exzision solche im Gewebe, wenn auch spärlich, finden, andererseits sind aus der Literatur Beobach-



tungen bekannt, wo trotz starken Eosinophilengehaltes des Blutes im Gewebe nur spärliche Zellen solcher Art zu finden waren.

Fritz Porges (Prag).

British Journal of Dermatology. 1910. Nr. 7—9.

Lancashire, G. H. Ein Fall von chronischem Ekzem und nachfolgender tödlicher Gangrän. p. 215.

Eine Frau von 54 Jahren litt an hartnäckiger seborrhoischer Dermatitis besonders der Genitokruralgegend. Zur Zeit der Aufnahme in das Spital nässendes Ekzem dieses Bezirkes, der Unterbauchgegend und des oberen Drittels der Oberschenkelinnenflächen; subakute Dermatitis gleichzeitig an anderen Körperstellen. Nach vorübergehender Besserung entwickelt sich ein fieberhafter septischer Zustand. Von der Sakralgegend ausgehend entstehen zahllose linsengroße, scharf ausgeschlagene Geschwürchen mit Neigung zum Zusammenfließen auf der ganzen erkrankten Fläche. 1—2 Tage vor dem Ende wird die erkrankte Hautpartie vom Rande her gangränös. Tod im Koma. Histologisch (Sellers): Die Zerstörung reicht stellenweise mehrere *mm* weit in das Unterhautgewebe. Im oberflächlichen Exsudat zahllose Bazillen und Kokken, gegen die Tiefe des nekrotischen Gewebes immer spärlicher werdend. An den inneren Organen: Pneumonie, sonst wenig bemerkenswertes. Kulturell aus den inneren Organen, ganz besonders aber aus der Haut, Staphylococcus pyogenes aureus und Bacillus pyocyaneus zu erhalten. Tierimpfungen haben bezüglich der Pathogenität der Mikroorganismen kein ganz klares Ergebnis. Wahrscheinlich ist die Mischinfektion verantwortlich zu machen, doch könnte wie bei der Dermatitis gangraenosa infantum auch die Anwesenheit des Pyozyaneus allein das Ausschlaggebende gewesen sein. Auf einen eitrigen Ohrenfluß, der zur Zeit der Aufnahme bestand, wird als mögliche Infektionsquelle hingewiesen.

Jameson, A. D. Die Behandlung der Syphilis durch Injektionen von unlöslichen Quecksilberpräparaten. p. 221.

Der Verf. tritt besonders für das metallische Quecksilber ein, daneben für das Kalomel. Die Gefährlichkeit der Einverleibung des ersteren wird stark übertrieben. Im englischen Heere, dem der Verf. angehört, werden intramuskuläre Injektionen in großem Maßstabe angewendet. Bei 15.000 Injektionen kein unangenehmer Zwischenfall beobachtet, höchstens leichteste Gingivitis, nur ungemein selten und nur ganz kleine Abszesse, zuweilen am 2. Tage Schmerzen, die aber die P. niemals hindern Dienst zu tun. Die angewendete Mischung, die Dosierung, die Art der jetzt in der Armee eingeführten intermittierenden Behandlung, die Injektionstechnik usw. werden genau angegeben. Kontraindikation: Eiweiß im Harn. Gewichtsverlust fordert zur Vorsicht auf.

Pembrey, M. S. Die Funktionen der Haut. Vortrag III. p. 225.

Der 3. Vortrag ist der Physiologie der Schweißdrüsen gewidmet.



Morris, M. und **Dore,** E. Fall von Parakeratosis variegata. p. 249.

50jähriger Mann mit Gicht, Rheumatismus, früher Frostbeulen. Beginn des Ausschlages vor 8 Jahren; seit 2 Jahren Neigung zur Rückbildung. Jetzt, grob symmetrisch angeordnet, Hautveränderungen an den Oberarmen, besonders deren Außenseiten, an den Vorderarmen u. zw. vornehmlich den Beugeseiten, an den oberen und inneren Anteilen der Oberschenkel, weniger an deren Hinterflächen und dem äußeren Anteil des Gesäßes und an den Waden. An den am meisten charakteristischen Stellen handelt es sich um unregelmäßige, mehr oder weniger längsgestellte, rote, leicht pigmentierte Flecke, welche eine netzartige oder gesprenkelte Zeichnung miteinander bilden. Haut quadrilliert; die Einzelelemente wie unscharf begrenzte Lichen planus-Knötchen. Schuppung, auch Schuppenhäufchen. Erörterung der Diagnose. Freibleiben des Rumpfes ist selten, aber schon beobachtet.

Wilson, F. P. Mitteilung über das Vorkommen von säurefesten Bazillen in den Fäzes bei tuberkulösen Zuständen, mit besonderer Berücksichtigung des Lupus vulgaris. p. 252.

Von mehreren Untersuchern ist nachgewiesen worden, daß Tuberkelbazillen im Stuhle auch dann auftreten können, wenn das tuberkulös erkrankte Organ gar keine Beziehungen zum Darmkanal besitzt wie z. B. Gelenke. Der Verf. hat nun in 9 Fällen von Lupus vulgaris Aufstriche von frischem Stuhl nach Ziehl-Neelsen gefärbt und mit verdünntem Stuhl von 6 dieser Fälle auch Meerschweinchen geimpft. Beide Proben fielen stets negativ aus.

Pembrey, M. S. Die Funktionen der Haut. Vortrag IV. p. 255.

Fortsetzung der Lehre von der Schweißabsonderung.

Mc. Donagh, J. E. R. Abriß der neuen spezifischen Behandlung der Syphilis. p. 260.

Zusammenfassung der ersten Veröffentlichungen über die Behandlung mit Ehrlichs „606".

Adamson, H. G. Über die Beziehungen zwischen Roseola syphilitica und einigen anderen Syphiliden: dem Leucoderma syphiliticum; dem frühzeitigen annulären Syphilid; dem kleinen follikulären Syphilid. Mit 2 Tafeln. p. 279.

Brandweiners Angaben über die Entstehung des Leucoderma syphiliticum gerade aus makulösem Exanthem treffen zu; aber auch das seltene frühzeitige annuläre Syphilid (das in blaß-gelbroten, leicht schuppenden, nicht seborrhoischen Ringen, vorzugsweise um Mund, Nase, Kinn auftritt, Fourniers Syphilide en arceaux conjugés) geht aus einem makulösen Syphilid hervor und dasselbe endlich gilt vielleicht auch von dem kleinen follikulären Syphilid (Lichen syphiliticus).

Walker, N. Molluscum contagiosum und seine Verbreitung. p. 284.



Der Verf. verzeichnet eine viel größere Häufigkeit des Molluscum contagiosum als andere englische Beobachter (sieh Graham Little in Nr. 6 derselben Monatsschrift). An eine besondere Bevorzugung der Seehäfen glaubt er nicht, eher an eine Verbreitung durch die öffentlichen Bäder.

Pembrey, M. S. Die Funktionen der Haut. Vortrag V. p. 286. Abschluß der Lehre vom Schweiß. Die Talgdrüsen und ihr Produkt.

Paul Sobotka (Prag).

Journal of cutaneous diseases including syphilis. 1910. Nr. 8.

Hartzell, M. B. (Philadelphia.) Paget disease außerhalb der Mamma, mit Bericht über einen Fall am Vorderarm, verbunden mit einem Naevokarzinom. p. 379.

Außerhalb der Mamma wurden von mehreren Autoren chronisch entzündliche Herdaffektion der Haut mit endlichem Ausgang in Karzinom beobachtet, welche der von Paget gegebenen Mammaaffektion glichen, so am Nacken (Morris), Penis und Skrotum (Crocker, Pick, Tommasoli, Tarnowsky, Sequeira, Darier, Couilland, Neisser, Pospelow, Davis), Vulva (Dubreuilh), Schamgegend (Sheild), Nabelgegend (Fox u. Mac Leod), Achsel (Jungmann u. Pollitzer), Nase (Ravogli), Lippe (Winfield), Glutaen (Fordyce).

Hartzell berichtet nun im Anschluß an einen nur klinisch beobachteten Fall von Paget disease in der Glutäalregion ausführlich noch über einen zweiten Fall. An der Außenseite des Unterarms eines 64jähr. Mannes war eine seit 15 Jahren als Ekzem vergeblich behandelte, handtellergroße, unregelmäßig ovale, umschriebene, hellrote, stellenweise leicht schuppende oder erodierte und krustende Hautpartie, um deren Ränder in der oberen Hälfte eine Anzahl von Knötchen mit braunen Krusten sich vorfanden. Im Zentrum des oberen Randes dieses Herdes war ein zollgroßes Geschwür mit leicht infiltriertem Rande und üppigen, zum Teil bläulich-weiß epidermisierten Granulationen. Die Affektion war von einem leicht pigmentierten, nach einem Trauma geschwürig gewordenen Naevus unter dem Ellbogen und der umgebenden Infiltrationszone ausgegangen. Eine von Hartzell unternommene Röntgenbehandlung brachte nach Rezidive und Röntgenverbrennung endliche Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab: typisches Naevokarzinom an Stelle des Geschwürs, die Charaktere der Pageterkrankung (Verdickung der Epidermis, zahlreiche, große, in runden oder ovalen Herden angeordnete Pagetzellen und eine herdweise subpapillare Lymphozyteninfiltration) an den Partien um das Geschwür und eigentümliche Lappenbildung innerhalb der umschriebenen Akanthose der schon im Gesunden liegenden Randknötchen der Affektion. Es wäre aus therapeutischen Gründen sehr wichtig zu entscheiden, ob man es in den bisher beschriebenen Fällen um eine eigenartige, in Karzinom endende Affektion (Unna) oder um eine sekundäre Hauterkrankung, welche zu einem tiefer liegenden Karzinom hinzutritt, zu tun habe.



Pollitzer, S. New-York. Rhinosklerom, geheilt durch Röntgenbehandlung. p. 388.

Bisher sind mehrere Rhinoskleromfälle durch Röntgenbehandlung nur gebessert worden (Ranzi, Freund, Kahler, Schlein, v. Navratil). Pollitzer hat durch ungefähr 20 Bestrahlungen (mittelweiche Röhren, 8—10 *cm* Entfernung, 5—10 Minuten) innerhalb 20 Wochen einen Rhinoskleromfall geheilt. Die intranasalen Tumoren waren durch Fixation der Nasenspitze an die Stirne mit Heftpflasterstreifen der Bestrahlung besser zugänglich gemacht worden. Der Fall ist nunmehr seit 3 Jahren geheilt.

Sutton, Richard L. Kansas City. Ein Fall von Lupus annularis. p. 391.

Seit 8 Jahren bei einem Russen auf dem Oberschenkel bestehender, ungefähr 6 *cm* großer, typischer, ringförmiger Lupusherd.

Haase, Marcus. Memphis. Ein Fall von Larva migrans. p. 393.

Haase beschreibt und photographiert einen Fall von Larva migrans an beiden Füßen eines 6jährigen Mädchens. Das Weiterschreiten der Linien (der Larve) scheint nur in der Nacht stattgefunden zu haben.

Mc Murtry, Charles Wood. New-Xork. Eine Pipetten(Luft)-pumpe für die Wassermann-Neisser-Bruckscho Serumdiagnose der Syphilis und allgemeine Laboratoriumsarbeiten. p. 394.

Zum Aufsaugen von Flüssigkeiten (Sera) in Pipetten, zum Absaugen von sedimentierten Flüssigkeiten (statt Dekantierens) empfiehlt W. Mc. Murtry eine sehr handliche, an die Pipette leicht anfügbare Luftpumpe (von G. Thiemann & Co.). Dem Gebrauch derselben rühmt er größere Akkuratesse, Schnelligkeit, Sparsamkeit, Reinlichkeit und Sicherheit nach. Rudolf Winternitz (Prag).

Annales des maladies vénériennes. Band V. Nr. 1—4.

Joltrain. Kolloidale Therapie bei Syphilis und Hautkrankheiten. p. 1.

Der therapeutische Einfluß der kolloiden Metalle auf gewisse Krankheiten (Infektionskrankheiten, Gelenkrheumatismus, Exsudate u. dergl.) ist schon seit längerer Zeit anerkannt; besonders wird das auf elektrischem Wege hergestellte Elektrargol angewendet, das man wohl jetzt allgemein den auf chemischem Wege gewonnenen Kollargol vorzieht. Vor kurzem ist es Stodel geglückt mit Hilfe der Elcktrizität ein kolloidales Quecksilberpräparat, das Elektromerkurol, herzustellen, das dem Organismus auf dieselbe Weise wie die bisherigen Hg-Verbindungen einverleibt werden kann. Joltrain bevorzugt bei der Behandlung der Lues die intramuskuläre Injektion, die, schmerzlos, weder Knoten noch Infiltrate verursachen soll; das Präparat soll die schnelle Wirkung der löslichen Quecksilbersalze mit der Dauerwirkung der unlöslichen



verbinden. Wie einige kurz mitgeteilte Fälle zeigen, hat Joltrain auch da, wo sich andere Hg-Verbindungen als unwirksam erwiesen, sehr günstige Erfolge erzielt; dies ist wohl z. T. darauf zurückzuführen, daß viel größere Hg Dosen als mit den bisherigen Präparaten injiziert werden konnten, ohne daß eine Intoxikation oder sonstige Zwischenfälle zu verzeichen gewesen wären. Erwähnenswert sind die günstigen Ergebnisse bei syphilitischen Nephritiden, da es gelungen ist, dem Elektromerkurol Diuretika, Theocin oder Theobromin, zuzusetzen, konnte der therapeutische Effekt beider Medikamente vereinigt werden. Den von anderen Autoren mitgeteilten Fällen, in denen bei syphilitischer Meningitis, Tabes u. dgl. intradurale Injektionen Besserung hervorgerufen haben sollen, steht Joltrain noch ziemlich skeptisch gegenüber. Kolloide Verbindungen mit Jod (Jodokol), Schwefel und Arsenik bei Syphilis sowie mit Zink, Wismut usw. bei Hauterkrankungen sind praktisch noch zu wenig ausprobiert, um darüber ein Urteil fällen zu können.

Im weiteren bespricht Joltrain dann sehr ausführlich die Präparierung, die physikalisch- chemischen Eigenschaften der Kolloide und ihre Einwirkung auf den Organismus, insbesondere auf Blut und Serum, die hauptsächlich in einer Anregung der Phagozytose und einer Vermehrung des Opsoningehaltes besteht.

Eine umfangreiche Literaturangabe am Schluß zeigt, wie große Bedeutung den kolloiden Verbindungen in neuerer Zeit zugemessen wird.

Antonelli. Zur Pathologie des Thränennasenapparates bei hereditärer Lues. p. 65.

Außer einer Besprechung der seltenen hereditär-luetischen Dakryoadenitis und Dakryozystitis (Mitteilung einer eigenen Beobachtung) macht Antonelli darauf aufmerksam, daß man sehr häufig bei Kindern mit hereditärer Syphilis eine Exostose am freien Rand des Nasenbeines findet, die von einer mehr oder weniger ausgesprochenen Atrophie bzw. Verdünnung des Periosts und der Haut begleitet ist.

Stancanelli. Gummöse Infiltration des Sehnengewebes. p. 81.

Stancanelli beschreibt einen der sehr seltenen Fällen von Sehnengumma, das allerdings nicht primär war, sondern sich der Zerstörung des umliegenden Gewebes anschloß. Die Lues, ziemlich gut behandelt, lag 3 Jahre zurück. Zuerst war eine große, gummöse, teilweise ulzerierte Geschwulst über dem linken Radiokarpalgelenk entstanden, die auf spezifische Behandlung zurückging, nach kurzer Zeit rezidivierte und nun auch die Sehnen der Extensoren und Abduktoren des Daumens befiel. Die histologische Untersuchung exzidierter Sehnenstückchen ergab das charakteristische Bild des gummösen Granuloms. Spirochaeten konnten weder im Sekret noch in den Schnittpräparaten gefunden werden.

Gaucher et **Merle**. Antisyphilitische Behandlung der Aortenaneurysmen. p. 98.

Gaucher und Merle vertreten die Ansicht, daß bei syphilitischen Aortenaneurysmen eine systematische, lang fortgesetzte Jod- und Hg-Kur



mit möglichst großen Dosen, natürlich unter sorgfältigster Beobachtung von Nieren und Herz, wenn auch keine definitive Heilung, so doch stets einen Rückgang der objektiven und subjektiven Erscheinungen herbeiführe. Wichtig ist, daß Jod und Quecksilber gleichzeitig verwandt werden; einzel gegeben, versagen sie oft. An drei eigenen Beobachtungen (2 mit akquirierter. 1 mit anscheinend hereditärer Lues) konnten sie einen hervorragenden Erfolg dieser kombinierten Behandlung feststellen. Nicht nur, daß die subjektiven Beschwerden sehr schnell schwanden, war auch ein durch das Röntgenbild nachgewiesener, deutlicher Rückgang der Ektasie zu verzeichnen.

An der Hand von Mitteilungen aus der Literatur besprechen Gaucher und Merle noch die Differentialdiagnose zwischen den spezifischen und den andern Aortenaneurysmen, den Zeitpunkt ihres Auftretens nach der Infektion und den Zusammenhang zwischen syphilitischer Aortitis und Aneurysma.

Bloch. Hereditärsyphilitisches Gumma des Gaumensegels bei einer 27jährigen Frau. p. 114.

Bloch sah bei einer 27jährigen Frau mit unbehandelter hereditärer Lues ein Gumma des Gaumensegels, das innerhalb von 24 Stunden perforierte; eine sofort eingeleitete spezifische Behandlung konnte weder die Perforation noch das Weiterschreiten des Prozesses verhindern.

Della Favera. Neue Beobachtungen bei der Anwendung des Arsacetins in der Behandlung der Syphilis. p. 161.

Außer einigen ergänzenden Bemerkungen über den therapeutischen Wert und die Mißhelligkeiten der Arsacetinbehandlung (vgl. Nr. 11, 1909 der Annales des malad. vénér.) gibt Della Favera Bericht über 2 Fälle von schweren Augenstörungen im Anschluß an eine Arsacetinkur. Er macht darauf aufmerksam, daß nicht nur eine Augenuntersuchung vor der Kur, sondern auch während derselben vorzunehmen sei; besonders seien Veränderungen des Gesichtsfeldes zu beachten, die ein konstantes Anfangssymptom für schwerere Schädigungen von Seiten der Augen seien.

Della Favera hat das Arsacetin lokal bei allen Formen der Syphilis mit befriedigendem Erfolg angewandt, auch dann, wenn die Allgemeinbehandlung ausgesetzt wurde; besonders bei Primäraffekten war die Wirkung eine sehr schnelle. Es wurde dazu 50% Arsacetinpuder (mit gereinigter Kreide) oder 10% Lösungen verwandt, die zuletzt mit demselben Erfolge durch 1—2% Lösungen ersetzt werden konnten.

Bertin et **Vanhaeke.** Fieberhafte Zustände nach Quecksilberinjektionen. p. 169.

Bertin und Vanhaeke besprechen in ihrer sehr lesenswerten Arbeit zunächst jene bekannten klinischen Erscheinungen, die so oft im Anschluß an Injektionen mit unlöslichen Hg-Salzen vorkommen und unter dem Namen „merkurielle Grippe" zusammengefaßt werden. Als eines der wichtigsten Symptome dieser ist ein Fieber zu betrachten, das im allgemeinen mit geringen Steigerungen der Temperatur um wenige Zehntel Grad selten mit größeren, bis 39 und 40°, einhergeht. Um die



Natur dieses merkuriellen Fiebers zu erforschen, haben Bertin und Vanhaeke an 75 Kranken (syphilitischen und nicht syphilitischen), denen unter gleichen Bedingungen gleiche Mengen graues Öl (0·07 den Männern, 0·05 den Frauen pro dosi) intramuskulär injiziert wurden, systematisch 2 mal täglich die Temperatur gemessen. Dabei ergaben sich bei 305 Injektionen 274 mal (90%) Temperatursteigerungen, 52 mal (17%) betrug diese 1° oder darüber; alle Kranken, ohne Ausnahmen, wurden davon betroffen. In bezug auf die Höhe des Fiebers, seine Dauer, Zeit des Auftretens nach den Injektionen und während des Verlaufs der Behandlung, seine Häufigkeit bei den einzelnen Kranken ergaben sich die größten Verschiedenheiten und Unregelmäßigkeiten.

Als Ursachen dafür fallen verschiedene Zusammensetzung und Dosierung des Präparats fort; auch Alter und Geschlecht scheinen ebenso wie die Art der Erkrankung wenig Einfluß zu haben; dabei ist erwähnenswert, daß bei Tuberkulösen (Lupus etc.) länger anhaltende und höhere Steigerungen zu verzeichen waren. Bettlägerige wurden im allgemeinen weniger befallen als die, die ihrer gewohnten Beschäftigung nachgingen. Vielleicht besteht in manchen Fällen ein Zusammenhang der fieberhaften Erscheinungen mit lokalen an der Injektionsstelle, wenn auch hier ganz entgegengesetzte Beobachtungen zu verzeichen waren.

Was nun die Pathogenie des merkuriellen Fiebers anbetrifft, so verwerfen Bertin und Vanhaeke die verschiedenen Hypothesen (Embolie, Reflexphänomen als Folge des lokalen Schmerzes, septische Erscheinungen) unter eingehender Begründung. Sie sind der Ansicht, daß es sich um Absorptionserscheinungen handelt, die mit der Reduktion der Salze und Umformung in metallisches Quecksilber im Organismus zusammenhängen. An der Einstichstelle kommt es zu Gewebsobliteration und Nekrose als Reizwirkung der injizierten Hg Salze; um diese kommt eine Vasodilatation zustande mit starkem Leukozytenzufluß (pyogene Wirkung des Hg). Durch die Leukozyten findet die Absorption des Quecksilbers statt, die von einer mehr oder weniger starken aseptischen Entzündung begleitet ist, deren Intensität und Dauer vielleicht von einer individuellen Reaktion abhängig ist; dadurch würden auch die Variationen im Auftreten des Fiebers ihre Erklärung finden.

Aus diesen Ausführungen ist zu folgern, daß die merkurielle Grippe keine Kontraindikation für die Fortführung einer Hg-Kur ist; nur wenn die Fiebererscheinungen dauernd auftreten, ist eine Änderung der Applikation (lösliche Salze in kleinen Dosen, Schmierkur usw.) zu empfehlen.

Pernet. Verkannte Tonsillenprimäraffekte. p. 204.

Pernet teilt zwei Fälle von Ulzerationen der Tonsillen mit, die zunächst nicht diagnostiziert, sich im weiteren Verlauf durch das Auftreten von Exanthemen bzw. das Fehlen anderer Sklerosen als Primäraffekte erwiesen.

Define. Ausgedehntes ulzero-serpiginöses Syphilid der Dorso-lumbalgegend bei unbekannter Syphilis. p. 241.



Es handelt sich um eine 66jährige Frau, deren Anamnese nichts besonderes bietet; von zwei Männern hat sie 19 gesunde Kinder; keine Aborte. Vor zwei Jahren traten auf der linken Seite des Rückens zwei Ulzerationen auf, die unter anscheinend indifferenter Behandlung schnell abheilten. Vor 1 Jahr entstanden beiderseits mehrere neue Ulzera, die zu einem konfluierten. Jetzt besteht auf dem unteren Teil des Rückens eine große infiltrierte, wenig sezernierende Ulzeration mit unregelmäßigen serpiginiösen Rändern (Abbildung); sonstige syphilitische Erscheinungen fehlen. Wassermann +, Pirquet —, Spirochaeten wurden nicht gefunden. Auf lokale und allgemeine spezifische Behandlung erfolgte bald Heilung.

Gaucher et **Giroux**. Hämolytischer Ikterus bei sekundärer Syphilis. p. 251.

Gaucher und Giroux beschreiben hier nochmals ausführlich die bei den bereits in Nr. 7, 1909 der Annal. kurz mitgeteilten Fälle von hämolytischem Ikterus bei sekundärer Syphilis unter genauester Mitteilung des Blut- und Urinbefundes. Sie folgern aus ihren Untersuchungen, daß der wahre syphilitische Ikterus der Sekundärperiode der hämolytische und nicht der bisher als solcher bezeichnete biläre sei, der unabhängig von der Syphilis als rein katarrhalischer Ikterus meist nach gastro-intestinalen Störungen als Folge der Medikation vorkomme.

Gaucher et **Flurin**. Sitz der Primäraffekte bei den Kindern unter 15 Jahren. p. 262.

Gaucher und Flurin stellen bei 23 syphilitischen Kindern unter 15 Jahren, die sie in den Jahren 1902—1910 im Hospital St. Louis zu sehen bekamen, folgende Lokalisation der Primäraffekte fest: 1. Extragenital (14): *A*. Gesicht: Lippen 6. Augen 3. Kopf (Haargrenze) 2. *B*. Rumpf: Linke Inguinalfalte 1. Brust 1. Anus (Knabe) 1. 2. An den Genitalien: 9 (Mädchen) mit verschiedener Lokalisation.

Flurin et **Manne**. Arten der syphilitischen Infektion bei den Kindern. p. 268.

Flurin und Manne berichten an der Hand eigener Beobachtungen und Mitteilungen aus der Literatur über die mannigfachen Übertragungsarten der Syphilis insontium. Nach der verhältnismäßigen Häufigkeit ihres Auftretens geordnet, kommt die Infektion zustande infolge 1. Stillen durch syphilitische Ammen, 2. Küssen, 3. Notzucht, 4. durch infizierte Instrumente bei medizinischen Eingriffen, 5. durch gemeinsame Haushaltungs- und Toilettengegenstände, Spielzeug u. dgl. mehr.

Nieppe. Primäraffekt des Daumens. p. 287.

Bei einer verheirateten Frau, deren Mann sich 3 Monate vor der Hochzeit eine Lues zugezogen hatte, trat am Daumen der rechten Hand eine 2 *cm* große panaritiumähnliche Geschwulst auf, die demgemäß behandelt und auch, ohne Heilerfolg, inzidiert worden war. Die ex adiuvantibus gestellte Diagnose „Primäraffekt“ wurde durch das Auftreten einer Roseola bestätigt. Hugo Hanf (Breslau).



Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1910. Jahrgang 28. Heft 17.

Cuturi, Filippo. Experimentelle Studie über die Fortschreitungsart der Tuberkulose von Tuben und Rektum auf die Blase. pag. 1537.

Cuturi hat zwei Untersuchungsreihen angestellt. Zehnmal hat er in die Tuben, siebenmal in das Rektum von Kaninchen Kulturen von Tuberkelbazillen gespritzt. Er konnte dabei feststellen, daß bei den Tuben-Einspritzungen eine direkte Überwanderung der Tuberkelbazillen von den Tuben auf die Blase stattfindet und zwar dort, wo die Blasenwand mit den tuberkulösen Tuben in Berührung steht. An dieser Berührungsstelle fand sich ein tuberkulöser Belag auf der Blasenwand.

Die zweite Untersuchungsreihe ergab, daß bei Rektumtuberkulose die Blase auf dem Lymphwege, nicht auf direktem Wege infiziert wird. Beweis dafür: die Schleimhaut der Blase war stark tuberkulös verändert die Muscularis und Serosa nur sehr wenig.

Courtade, Denis. Die Ionisation bei den Erkrankungen der Harnwege. pag. 1557.

Da es sich um eine klinische Vorlesung handelt, die Courtade gehalten und publiziert hat, beginnt die Arbeit mit einer ausführlichen Besprechung der Vorgänge, die sich bei Anwendung des elektrischen Stromes und seiner Einwirkung auf Lösungen von Salzen usw. zeigen. Zum Schluß erst bespricht er die Wirkung auf die Nieren (Neuralgien), Blase (Zystitis und Neuralgien) und Harnröhre (Urethritis und Striktur).

Li Virghi Girolamo. Die entzündlichen Verengerungen der Urethra prostatica. pag. 1580.

Die Verengerungen der hinteren Harnröhre sind wenig bekannt; häufig wird ihre Existenz überhaupt geleugnet. Und doch sind sie gar nicht so selten, ja eigentlich häufiger als man glaubt. Die Histologie zeigt den gleichen Befund wie bei den Verengerungen der Anterior. Sind in der Posterior Strikturen, so sind auch stets solche in der Anterior. Die Untersuchung macht Girolamo mit Metalloliven an Leitsonden. Zur Behandlung eignet sich nur die zirkuläre Elektrolyse. Die Resultate sind gut und konstant. Wilhelm Bartsch-Breslau.

Polnische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 1910. Band V. Nr. 7 u. 8.

Rosenberg, J. Ein Fall vom Pemphigus vegetans.

Der beschriebene Fall betraf ein 62jähriges Weib, bei welchem die Effloreszenzen hauptsächlich an der Vulva, in den Leistenfurchen, am Perineum und in der Analgegend lokalisiert waren. Die Kranke lag 2 Jahre im Krankenhause und während dieser Zeit wurden Remissionen und Exazerbationen beobachtet, indem sich die Erscheinungen zeitweise auch auf andere Körperregionen, wie die Okzipitalgegend, die Ober-



schenkel, Vorderarme, die Füße und die Hände verbreitet haben. Bei dem Verlassen des Krankenhauses waren aber alle Effloreszenzen zugeheilt. Therapeutisch wurden Thiol- und Bourrowsche Umschläge äußerlich und Arsen, Kampfer und Chinin innerlich angewendet. Die Blutuntersuchung ergab die Eosinophilie bis 30% von der Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen. Die bakteriologische Untersuchung ist negativ ausgefallen. Bei der histologischen Prüfung hat sich R. überzeugt, daß die Blasen in den höheren Partien der Stachelschicht gelagert und die Papillen stark geschwollen und infiltriert waren. In den Infiltrationen hat der Verfasser hauptsächlich eosinophile Zellen gefunden. Die papillomatösen Effloreszenzen bestanden aus hypertrophischer Stachelschicht (Akanthose) und aus stark infiltrierten Papillen, wo man Lymphozyten und Eosinophilen fand.

Malinowski, F. Der heutige Stand der Therapie mit Arsenobenzol „606" und die bisherigen eigenen Resultate.

Nach eingehender Zusammenstellung der von verschiedenen Autoren bisher erhaltenen Resultate und der Erfahrungen mit dem Ehrlichschen Arsenobenzol, gibt M. eigene Ergebnisse an, die er bei 65 Kranken mit den Dosen von 0·4—0·5 bei Weibern, 0·4—0·6 bei Männern und 0·06—0·15 *gr* bei Kindern erhielt. Die Injektionen wurden meistenteils intramuskulär, viel seltener subkutan vorgenommen. M. bemühte sich eine neutrale Lösung zu erhalten, welche den Kranken nach der Injektion nur wenige Schmerzen verursachte. Die Temperatur stieg zuweilen bis 39° C an und die Fieberbewegungen hielten in manchen Fällen einige Tage an. Die Tachykardie stellte sich fast in allen Fällen selten bis zu 140 Pulsschlägen ein. Bei einem Potatoren wurde bei Bewegungen Arrhythmie beobachtet. Manche Kranke erlitten Gelenks-, Muskel- oder Kopfschmerzen und allgemeine Schwäche. Viel öfters trat Obstipation als Diarrhoe ein. In einem Falle ist eine Harnretention nach einer Injektion von der 5 Tage vor der Einspritzung bereiteten Lösung zutage getreten. Arsenobenzol wurde bei 2 Fällen im primären Stadium, bei 22 im sekundären, bei 13 im tertiären und bei 17 von Nervensystemerkrankungen (6 Paralysis, 4 Tabes, 1 Sklerosis dissem.) angewendet. Er konstatiert, daß in Fällen von Sklerosen keine sekundären Erscheinungen eingetreten sind. Der Rückgang der Drüsenschwellungen und der Induration des Schankers konnte längere Zeit nicht festgestellt werden, weshalb in 2 Fällen eine nochmalige Injektion gemacht wurde. Die Roseolen verschwanden nach 1—5 Tagen, die papulösen Exanthemen nach 5—14, die papulo-krustösen und mikropapulösen nach zwei Wochen. Am hartnäckigsten waren die breiten Kondylome. Besonders schnelle Rückbildung der Manifestationen konnte in Fällen von Lues maligna und von schweren Spätformen nachgewiesen werden. In den Fällen von luetischen Nervensystemerkrankungen hat der Verf. gute, zumeist unerwartete Resultate erhalten, obwohl er natürlich wegen der Kürze der Observationszeit zu keinem Schlusse kommt.

F. Krzysztalowicz (Krakau).



Hautkrankheiten.

Sonstige Dermatosen.

Pautrier und **Fage**. Beitrag zur Histologie des Lupus erythematodes der Schleimhäute. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1909. Heft 12. p. 673.

Pautrier und Fage hatten Gelegenheit, in der Abteilung von Brocq vier Fälle von Lupus erythematodes der Schleimhäute mikroskopisch zu untersuchen. Bei zwei Fällen waren die Läsionen noch nicht voll ausgebildet. Die Veränderungen zeigten weitgehende Analogien mit denen des Lupus eryth. der Haut. Sie bestanden in einer ausgesprochenen Keratose z. T. gemischt mit Parakeratose der Hornschicht. Das Stratum malpighi zeigte teils Akanthose, teils Atrophie. Die Kutis wies die Hauptveränderungen auf in Form einer mehr oder weniger starken Zellinfiltration und von Gefäßdilationen. Die erweiterten Gefäße waren mit roten Blutkörperchen gefüllt. Das Bindegewebe und die elastischen Fasern waren wenig verändert, letzteres im Gegensatz zu den Hautläsionen des Lupus erythematodes.

Das Zellinfiltrat der Kutis, das die Autoren für charakteristisch bei Lupus erythematodes halten, bestand aus Lymphozyten und Bindegewebszellen. Max Winkler (Luzern).

Beetham, F. und **Eurich**, F. W. Ein Fall von Lupus erythematosus acutus. The British Med. Journal 1909. Nov. 13. p. 1404.

Beetham und Eurichs Fall betrifft ein 15jähriges Mädchen aus bezüglich Tuberkulose gesunder Familie. Sie bekam unter Allgemeinerscheinungen (Kopfschmerzen, Temperaturerhöhungen) eine akute Eruption, die zunächst die Finger und Zehen befiel, zugleich wurde auch der Gaumen befallen und später kam es zu einem schmetterlingsähnlichgeformten Befallensein des Gesichts. Die Autoren diagnostizierten einen Lupus erythematosus acutus. Es kam zum Exitus. Die Sektion ergab bis auf eine verkalkte Mesenterialdrüse keine auf Tuberkulose verdächtigen Erscheinungen. Fritz Juliusberg (Posen).



Hauck. Positiver Ausfall der Wassermann-Neisser-Bruckschen Syphilisreaktion bei Lupus erythematosus acutus. München. mediz. Wochenschr. 1910. Nr. 1.

Nachdem in Nr. 41 dieser Wochenschrift Reinhardt über Hämolysenhemmung bei einem Fall von akutem disseminiertem Lupus erythematosus berichtet hat, konnte Hauck ebenfalls einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei der gleichen Erkrankung beobachten.

Verf. weist mit Recht darauf hin, daß die Hämolysenhemmung falls sie sich auch in weiteren Fällen von Lupus erythematosus acutus als ziemlich konstanter Befund bestätigen sollte, zur Klärung der Frage nach der Ätiologie des Leidens beitragen könnte, indem sie dafür sprechen würde, daß der akute Lupus erythematosus als Morbus sui generis anzusehen wäre und in keinem ätiologischen Zusammenhang mit Tuberkulose steht, zumal bisher weder bei Tuberkulose noch bei den Tuberkuliden über einwandfreien positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion berichtet worden sei. Oskar Müller (Recklinghausen).

Pellier. Lupus erythémateux et Purpura. Journ. des mal. cut. et syphil. VII. 1909.

Es handelt sich um einen 50jährigen Mann mit einem ausgebreiteten, narbigen Lupus erythematosus der Nase, der Wangen, der Stirne und des behaarten Kopfes mit ausgedehnter seniler Atrophie der Haut des Rückens der Seiten und der Vorderarme. Außerdem zeigt der Kranke an beiden Vorderarmen kleine der Purpura simplex zugehörige Ekchymosen aber auch größere tieferliegende Hämorrhagien von verschiedenstem Alter. Sie waren ohne subjektive Symptome aufgetreten.

Verfasser möchte einen Zusammenhang beider Formen konstruieren und denkt an das Vorhandensein von Toxinen, die beide Affektion auslösen könnten. M. Oppenheim (Wien).

Malcolm, Morris. Die Behandlung des Lupus erythematosus. Monatshefte f. prakt Dermat. Bd. XLIX.

Die Behandlung muß eine konstitutionelle oder lokale sein oder beides vereinigen. Die konstitutionelle muß Stoffwechselstörungen, Funktion des Darmes, der Leber, der Nieren, vasomotorische Störungen etc. berücksichtigen (Alkohol-, Tabak- Gewürzverbot, Salol, Ichthyol, Opium etc.), Energische Lokalbehandlung wirkt in den Frühstadien oft schädlich (Lichtbehandlung), da sie zu starke lokale Reaktion erzeugt. In akuten Fällen empfiehlt Verf. kühlende Umschläge (keine Salben), speziell mit Ichthyollösung, in chronischem Resorzin (10% Kollodium), Salizylsäure (3—6% Kollodium), Pyrogalluspflaster, Jodliniment mit Chinin innerlich. Finsen-, Röntgen-, Radiumbehandlung äußerlich ebenfalls nur für chronische Fälle. Ludwig Waelsch (Prag).

Day, Leigh. Ein Fall von Henochs Purpura. The British Med. Journal 1909. Nov. 13. p. 1405.

Days Fall, ein 5jähriger Knabe, zeigt folgende Symptome: Schwellungen und Ödem der Gelenke, Purpura, Abdominalkolik, Erbrechen,



subperiostale Hämorrhagien, Hämorrhagien in den Lungen, Albuminurie, blutigen Stuhlgang. Ausgang in Heilung. Fritz Juliusberg (Posen).

Cook, J. Basil. Ein Fall von Henochs Purpura; Laparatomie; Pneumonie; Tod. The Lancet. Nov. 27. 1909. p. 1587.

Cooks Fall betrifft einen 12jährigen Knaben. Beide Knie waren geschwellt und schmerzhaft; ein Exanthem an den Beinen imponierte als Peliosis rheumatica; drei Tage später Erbrechen und Schmerzhaftigkeit im Abdomen; da an Intussuszeption gedacht wurde, wurde eine Laparatomie ausgeführt. Es fand sich ein ausgedehntes Blutextravasat unter dem viszeralen Peritoneum; keine Peritonitis. Einige Tage später Bronchopneumonie, die zum Exitus führte. Die Sektion ergab pleuritische Adhäsionen, Bronchopneumonie der linken Lunge, einen Purpurafleck im linken Ventrikel, große weiße Nieren. Fritz Juliusberg (Posen).

Barlow, Cecil. Henochs Purpura oder angio-neurotisches Ödem? The British Med. Journal 1910. Jan. 1. p. 15.

Barlow berichtet über zwei Fälle, bei denen zugleich mit den Erscheinungen der Henochschen Purpura solide Ödeme auftraten. Es ist dies ein gleichzeitiges Vorkommen, welches ungewöhnlich ist. Doch spricht das im Sinne Oslers, der Beziehungen zwischen diesen beiden Erkrankungen annimmt. Fritz Juliusberg (Posen).

Weber, F. P. Chronische Purpura von zweijähriger Dauer, im Zusammenhange mit maligner Endokarditis, irrtümlich als mit Anaemia splenica zusammenhängend angesehen. Brit. Journ. of Dermat. Febr. 1910.

Die sich immer wiederholenden Hämorrhagien, welche besonders die Haut der unteren Gliedmaßen, aber auch die inneren Organe betrafen, waren die Folge einer chronischen malignen Endokarditis, die auf dem Leichentische einen ungemein ausgeprägten Befund darbot. Eine ausgesprochene Leukopenie, der nach einiger Zeit Oligozythämie folgte, und sehr beträchtliche Splenomegalie hatten auf Anaemia splenica oder Morbus Banti hingewiesen, welche der Verf. aber nicht als eigene Krankheiten auffassen will und deren Erscheinungen er in dem vorliegenden Falle als Folge des Herzleidens anzusehen scheint. In Milz, Leber, Nieren, Knochenmark fanden sich auffallend zahlreiche Plasmazellen, denen die Bildung fibroblastischen Gewebes zugeschrieben wird.

Paul Sobotka (Prag).

Pellier. Stéréo-Phlogose nodulaire et circinée (Granuloma annulare von R. Crocker). Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1910. p. 28.

Pellier beobachtete bei einem 12jähr. Knaben auf dem Handrücken kleine derbe Knötchen von 4 *mm* bis 1 *cm* Durchmesser. Die kleineren Effloreszenzen waren rundlich oder oval mit leicht eingesunkenem Zentrum, die größeren zeigten eine deutlichere Nabelung und einen weißlichen Rand, der aus kleinen Knötchen zusammengesetzt zu sein schien. Das Zentrum war etwas bräunlich verfärbt. Subjektiv bestanden keine Beschwerden von seite der Affektion.



Die histologische Untersuchung ergab eine Infiltration in den mittleren Partien der Kutis. Das Infiltrat bestand hauptsächlich aus fixen Bindegewebszellen, aus Mastzellen und sehr spärlichen Plasmazellen. Von Nekrose war nichts zu konstatieren.

Pellier hält die Affektion für identisch mit der Krankheit, welche C. Fox unter dem Namen „ringed eruption", R. Crocker als „Granuloma annulare", Dubreuilh als „eruption circinée du dos des mains" und weitere Autoren noch unter anderem Namen beschrieben haben. Pellier nennt sie „Stéréo-Phlogose nodulaire et circinée".

Max Winkler (Luzern).

Wende, Grover W. Buffalo. Eine Knötcheneruption, welche in eine ringförmige Eruption endete. Journ. cut. dis. XXVII. 9.

Wendes Patient, ein großer, schwerer, 49jähr. Mann, der vorher an Verdauungsstörungen und rheumatischen Beschwerden gelitten, bekam am Nacken Flecke, rötlichweiße, nicht juckende Knötchen, von quaddelähnlichem Aussehen, von denen ein Teil nach einiger Zeit zu Ringen oder Ringsegmenten sich entwickelte. Diese Eruption bildete sich unter einer Lokalbehandlung (Schwefel und Ichthyol) zurück, um bald wieder zu rezidivieren und den ganzen Nacken und Teile der Hände zu affizieren. Die knötchenförmigen Herde waren nur kurzdauernd, während die linearen, sehr verschieden gestalteten chronisch verliefen. Ätiologisch rekurriert W. auf eine Stoffwechselschädigung.

Mikroskopisch zeigte sich am Rande der Affektion eine zuerst längs der Gefäße und der Haarfollikel lokalisierte Rundzelleninfiltration, im Herde selbst Haufen von Infiltratzellen, die unabhängig von der sonstigen Struktur zwischen den Bindegewebszellen lagen. Inmitten des Herdes Infiltrate aus epitheloiden Zellen bestehend. Elastische und Bindegewebsfasern in den Infiltraten fragmentiert. Mastzellen in den tieferen Portionen des subpapillaren Lagers, Riesenzellen in den dichtesten Infiltraten. W. vergleicht seinen Fall mit mehreren von Little als Granuloma annulare beschriebenen. Rudolf Winternitz (Prag).

Schilder, P. Über die amyloide Entartung der Haut. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie. Bd. III. Heft 4.

Verf. fand bei 14 Fällen von allgemeiner Amyloidose mikroskopisch 7mal die Haut verändert. Die Ablagerung des Amyloids erfolgt vor allem in der Haut der Achselhöhle und des Kopfes, es sind also diejenigen Schweiß- und Talgdrüsen des Körpers besonders befallen, die den höchsten funktionellen Anforderungen ausgesetzt sind. Das Amyloid lagert sich zwischen das Epithel der Talgdrüsen und die sie umspinnenden elastischen Fasern und drängt bei den Schweißdrüsen die elastischen Fasern von der Muskelschicht ab. Beim Haarbalg legt es sich zwischen das Epithel und die daran anschließenden elastischen Fasern. Jedenfalls hat demnach das Amyloid innige Beziehungen zum elastischen Gewebe. Edgar Braendle (Breslau).

Decloux. Rhumatisme chronique déformant. Sclérodermie. Tuberculose. Le Progr. méd. 1909. Nr. 49.



Bei einer 59jähr. Patientin bestand ein chronischer, deformierender Rheumatismus gleichzeitig mit einer ausgebreiteten Sklerodermie und viszeraler Tuberkulose. Decloux nimmt an, daß in diesem Falle die bestehende Tuberkulose auch die Ätiologie für die Gelenk- und Hautaffektion abgeben könne. L. Halberstaedter (Berlin).

Finger. Wien. Die Hautatrophien (Atrophia diffusa, Anetodermia, Atrophia maculosa) und deren Verhältnis zur Sklerodermie. Wien. med. Woch. 1910. Nr. 2 u. 3.

Der Artikel enthält in extenso das Referat, das Finger über dieses Thema am internationalen medizinischen Kongreß in Budapest gehalten hat; das Referat erscheint im Archiv in dem Kongreßbericht Bd. XCIX abgedruckt. Viktor Bandler (Prag).

Whitehouse, Henry H. (New-York). Einige Beobachtungen über Wassermannreaktionen bei Skleroderma. Journ. cut. dis. XXVII. Nr. 12.

In sieben Fällen von Skleroderma u. zw. fünf diffusen, zwei bandartigen, morphaeähnlichen, war dreimal stark positive, einmal schwach positive und dreimal negative Wassermannreaktion erhalten worden. Die negativen Resultate fallen auf die zirkumskripten und einen diffusen Fall.

Bei zwei der positiven Fälle waren mehr weniger deutliche Zeichen von überstandener oder hereditärer Syphilis vorhanden, so bei Fall I schwach positive Wassermannreaktion bei der sonst angeblich gesunden Mutter der Patientin, bei Fall II drei Aborte der Patientin. Diese Ergebnisse und die anscheinende Ähnlichkeit im histologischen Bilde bei Sklerodermie und syphilitischen Veränderungen (Verdickungen der Gefäße, Endarteriitis, Bindegewebswucherungen), weiters die Anamnese und günstige therapeutische Effekte von Antispezifizis bei einzelnen lokalen Asphyxien veranlassen Whitehouse, die Syphilis als einen möglichen ätiologischen Faktor der Sklerodermie hinzustellen, womit in der folgenden Diskussion Duhring, Howard Fox und Hartzell nicht übereinstimmen. Rudolf Winternitz (Prag).

Patterson, Wells. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris. The Lancet. 1909. Nov. 27. p. 1587.

Pattersons 20j. Patient zeigte die Krankheit zuerst im Gesicht, von wo aus sie sich schnell über den übrigen Körper verbreitete. Der Status war schließlich folgender: Auf dem Kopf mäßige Seborrhoe; das Haar war trocken und glanzlos; das Gesicht war gelblichrot und mit feinen Schuppen bedeckt; der Farbenton war derselbe am Stamm; die Haut wies über den ganzen Körper hornige, follikulär gelegene Papeln auf; viele dieser Papeln waren von kurzen abgebrochenen Haaren durchbohrt; wo die Papeln dicht standen, fühlte sich die Haut wie ein Reibeisen an; an Handtellern und Fußsohlen bestand deutliche Hyperkeratose; bis auf den Zustand der Haut war der Patient ganz gesund; Patterson diagnostizierte den Fall als Pityriasis rubra pilaris.

Fritz Juliusberg (Posen).

Perutz, A. Wien. (Abteil. Ehrmann.) Zur Ätiologie der Hydroa aestivalis. Wiener klin. Woch. 1910. Nr. 4.

Aus seinen Versuchen glaubt der Autor schließen zu dürfen, daß es sich bei der Hydroa aestivalis in Analogie mit seinen Sulfonalfütterungsversuchen, ätiologisch um eine Allgemeinerkrankung des Organismus, im speziellen um eine a priori gegebene Schädigung der roten Blutkörperchen — dafür spricht ja die Hämatoporphynurie — handelt, wodurch Hämatoporphyrin im Organismus kreist, welches als photodynamischer Sensibilator auf die kurzwelligen, chemisch wirksamen, ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes wirkt und den Symptomenkomplex hervorruft.

Viktor Bandler (Prag).

Bowen, John F. Boston. Sieben Fälle von Dermatitis exfoliativa mit tödlichem Ausgang in fünf Fällen. Journ. cut. dis. XXVIII. 1.

Bowen hat vor Jahren vier Formen von exfoliativer Dermatitis unterschieden: 1. die rezidivierende, skarlatiniforme Dermat. exfol., die durch Medikamente entsteht, 2. die generalisierte Dermat. exfol. Wilson, 3. die Form, die als Endausgang von Psoriasis, Ekzem, Lichen plan. oder auch Medikamenten (Chin., Belladon., äußerliche Anwendung von Quecksilber) auftritt, 4. den Typus Hebra. Seine hier mitgeteilten Fälle sind:

Fall 1. 57j. Mann, Beginn mit juckender, roter Stelle am Rücken, zu allgemeinem, schuppendem Erythem fortschreitend. Lymphdrüsenschwellung, Schleimhautverdickung, Kältegefühl. Später Schwellung der Leber, Milz, Schleimhautblutungen, Purpura.

Fall 2. 60jähr. Metallarbeiter, jahrelang an Handekzemen leidend, mit rezidivierender, allgemeiner Dermat. exfol., Tod nach einem Anfall von Brechdurchfall.

Fall 3. 24j. Mann; Primärsklerose, papul. Exanthem. Entwicklung der Dermatitis unmittelbar nach der Quecksilbereinreibung. Später starker Gewichtsverlust, Atrophie und Tod.

Fall 4. 60j. Maler. Affektion seit 8 Jahren dauernd, wenn auch nicht universell wie zuletzt. Pat. verfiel ohne wahrnehmbaren Grund und starb im Koma.

Fall 5. 60j. Frau. Affektion vor 15 Monaten auf dem Rücken beginnend und rasch über den Körper verbreitet. Nach vorübergehenden Besserung Tod durch Bronchopneumonia.

Diese fünf Fälle unterscheiden sich durch das Fehlen einer terminalen Atrophie vom Typus Hebra; die meisten hatten einen mehr weniger chronischen Verlauf, einer war aus einer artefiziellen (Hg) Dermatitis entstanden.

Der 6. Fall bei einem 35j. Mann begann als schuppende Kopfhautaffektion, der 7. bei einem 12j. Knaben als eine aus kleinsten Bläschen und Pustelchen bestehende Dermatitis, die bereits die 5. Attacke des Leidens vorstellte.

Fall 6 gruppiert Bowen aus histologischen Gründen zum Wilson-Typus, Fall 7 zur rezidivierenden skarlatiniformen Dermatitis.

Rudolf Winternitz (Prag).



Cappelli, Jader. Beitrag zum Studium des sogenannten Granuloma annulare. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1909. p. 799.

Bei einer 36jähr. Frau trat vor ungefähr 2 Jahren am Dorsum der Phalanx des linken Mittelfingers eine Hautaffektion auf, die durch die klinischen Merkmale, die Art des Auftretens, des Verlaufes und der Resolution alle Charaktere jener Form präsentierte, die gegenwärtig unter dem Namen Granuloma annulare bekannt ist; pathologisch-anatomisch handelte es sich um einen chronischen, in der Kutis, besonders unter dem Papillarkörper und in der tieferen Schicht lokalisierten Phlogoseprozeß. Costantino Curupi (Prag).

Scaduto. Ein Fall von Porokeratose. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1909.

Der erste publizierte Fall dieser seltenen Affektion, der aus Sizilien stammt. Ein 34jähr., sonst gesunder Mann bemerkte vor 15 oder 16 Jahren am Nasenrücken eine liniengroße Effloreszenz, die dunkler als die normale Haut war. Während sich dieselbe äußerst langsam, in einer Zeit von etwa 3—4 Jahren, ausbreitete, traten ähnliche Veränderungen der Haut an den Schläfen und dann allmählich auch an anderen Körpergegenden auf. Bei der Untersuchung war von der Affektion die Haut des Gesichtes, der Ohren, der linken Schulter, der Hände, des Abdomens, der Hüften, der rechten Knie und der Füße befallen. Die Schleimhäute vollständig frei. Patient wurde in den wenigen Tagen, die er in der Klinik verbrachte, am Gesichte mit 50% Resorzinsalbe, an den Händen und Füßen, nach vorausgegangener Reinigung mit Seife und warmem Wasser, mit 25% Salizylpflaster behandelt. Zur histologischen Untersuchung wurde aus der linken Hüfte ein Hautstückchen mit dem Hornkegel gewonnen. Der Hornkegel bestand aus kompakten Schichten von Hornzellen; an der Stelle, wo der Kegel sich über das Niveau der Haut erhebt und klinisch als eine dünne Linie erscheint, die ihn umgibt, war wie eine Invagination der Hornschichte. Die Körnerschicht in der ganzen Ausdehnung der hypertrophischen Hornschicht vorhanden. Die Malpighische Schicht normal mit normalen Epithelleisten auch unter der Basis des Hornkegels. An den Rändern dagegen, wo sich die Hornschicht vertieft, die Malpighische Schicht dünner und ihre Zellen flacher. Im Papillarkörper genau entsprechend dem Hornkegel Ansammlungen von mononukleären Leukozyten um die Gefäße. In der Hautpartie entsprechend dem Kegel ein Haarfollikel und eine Schweißdrüse. Trichter und Mündung des Follikels sind mit geschichteten Hornzellen gefüllt, welche Schichte sich bis zur Kegelsubstanz selbst fortsetzt. Der Ausführungsgang der Schweißdrüse durchzieht korkzieherartig die ganze Substanz des Kegels. Von derselben Affektion waren noch andere Brüder des Pat. befallen.

Costantino Curupi (Prag).

Tobias, E. Zur Kasuistik der Hemihyperhidrosis unilateralis. Neurolog. Zentralbl. 1910. Bd. XXIX. p. 130.



17jährige Patientin erkrankte vor 7 Jahren unter Auftreten von roten Flecken und Blasen auf der linken Gesichtshälfte und den Fingern der linken Hand. Seitdem bis heute starkes Schwitzen und Rötung der linken Gesichtshälfte und der linken Hand. Im Gesicht ist die Grenze scharf in der Mittellinie. Die linke Nasenseite zeigt leichtes Ekzem. Im Augenhintergrund sind links die Gefäße stärker gefüllt als rechts. Die linke Lidspalte und Pupille sind kleiner als die rechte. Auf Kokain wird die rechte Pupille größer als die linke. Links Hypästhesie und Hypalgesie. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Sympathikusneurose als isolierte Erscheinung auf dem Boden der psychischen Degeneration (im Sinne Oppenheims). F. Lewandowsky (Hamburg).

Barnes, George. Die Behandlung der Dyshidrosis. New-York Med. Journal. 1910. März 5. p. 494.

Da die Veränderungen der Dyshidrosis zu tief sitzen, um sie mit äußeren Applikationen zu erreichen, empfiehlt Barnes zuerst die Bläschen zu öffnen. Dies geschieht, indem man mit dem Rücken eines Messers über die erkrankten Partien streicht, bis alle Bläschen geborsten sind. Es folgt Waschung mit sterilem Wasser und Seife zur Entfernung des Serums und Umschläge mit Sublimat oder Bleiwasser. Nach wenigen Tagen geht Barnes zu schwachen Teersalben über. Neben der örtlichen Behandlung ist eine Allgemeinbehandlung notwendig, da die Dyshidrosis nicht eine lokale Affektion der Schweißdrüsen darstellt, sondern wohl auf vasomotorischen Störungen beruht. Fritz Juliusberg (Posen).

Gordon, Alfred. Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der vasomotorischen und trophischen Störungen bei Hysterie. New-York Med. Journal. 1910. Feb. 5. p. 264.

Gordon gibt ausführlich die Krankengeschichte einer Hysterika wieder, bei der im Anschluß an Gemütserregungen erythematöse Flecke auftraten. Er ist der Ansicht, daß in diesem Falle ein artefizielles Hervorrufen dieser Erscheinungen durch die Patientin ausgeschlossen ist, sondern sie wären als vasomotorische und trophische Störungen, verursacht durch die Neurose, aufzufassen. Fritz Juliusberg (Posen).

Schamberg, Frank. Herpes generalisatus. The Journal of the Americ. Med. Association. 1910. Feb. 12. p. 532.

Schamberg berichtet über einen Fall von Zoster generalisatus. Die Eruption befiel besonders die linke Brust, die linke Seite des Rückens im Verlauf des dritten Dorsalnerven, den linken Arm und die linke Hand. Diese Stellen waren von großen Bläschen befallen. Daneben fanden sich an den meisten übrigen Körperregionen verstreute Bläschen und Papeln. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört.

Fritz Juliusberg (Posen).

Pernet, George. London. Der psychologische Anblick (aspect) der Dermatitis factitia. Journ. cut. dis. XXVII. Nr. 12.

Eine ganze Reihe von eigentümlichen Hautaffektionen (Herpes, Pemphigus) sind gelegentlich von Pernet als von den Patienten selbst erzeugte Dermatitiden erkannt worden. Den Grund sieht er aber nicht



immer in böswilliger Absicht, vielmehr spiele in einer Anzahl von Fällen eine Dissoziation der Persönlichkeit mit. Diese Patienten sind bei einem Kreuzverhör nicht im stande, über die Selbstbeschädigung etwas auszusagen. Pernet hat im allgemeinen hysterische Stigmate bei den betreffenden Patienten gefunden.

In der Diskussion warnt Duhring davor, solche Fällé ohne Beweise immer für artefiziell anzusehen, James C. White, James Nevins Hyde und Shepherd sind dagegen der Meinung Pernets; die zwei letzteren weisen auf die Operationen hin, die bei solchen Personen wegen artefizieller Nekrosen usw. ausgeführt worden. Ch. J. White macht auf die viereckige oder eigenartige Begrenzung der artefiziellen Läsionen aufmerksam, Engman auf die sexuelle Basis solcher Selbstschädigungen, Stellwagen auf die Möglichkeit, durch Suggestion neue Lokalisationen zu bewirken, Gottheil und Hartzell auf jene, durch abschließende Pflaster eine Selbstschädigung zu verhüten. Pollitzer und Wende aber glauben, daß auch durch Suggestion bei nervöser Veranlagung derartige Hautaffektionen entstehen können.

Rudolf Winternitz (Prag).

Kansky, J. P. und **Sutton**, R. L. Kansas City. Eine vergleichende Studie über Akrodermatitis chron. atrophicans und diffuse mit atrophischer Morphaea kombinierte Sklerodermie. Journ. cut. dis. XXVII. 12.

Kansky und Sutton beschreiben zwei Fälle, in denen die Symptome einer chronischen Akrodermatitis zusammen mit zerstreuten atrophisierenden Sklerodermieherden sich vorfanden. Mikroskopisch fand sich (neben einer Verdickung der Hornschicht an einzelnen Stellen) eine Verminderung der Malpighischen papillären und retikulären Schichten samt Vermehrung der bei Sklerodermie sichtbaren kleinen Bindegewebszellen, Erweiterung und Atrophie der Schweißdrüsengänge und Obliteration der Knäuel, Verdünnung der Arteriewände und Thrombenbildung und eine sehr hervortretende kollagene Degeneration der Interzellularsubstanz. Die beiden Autoren finden, daß mehrere der von Herxheimer und Hartmann beschriebenen Akrodermatitisfälle sich nicht gut von Fällen ödematöser Sklerodermie unterscheiden lassen.

Rudolf Winternitz (Prag).

Fontana, A. Temporäre Alopezie beim Kaninchen durch Erfrierung. Gazz. d. Osp. e d. Clin. 1909. Nr. 129.

Nach Anwendung von Kohlensäureschnee hatte Fontana zufällig das Auftreten einer Alopezie am Ohr des Kaninchens beobachtet. Es gelang ihm später experimentell auch bei anderen Kaninchen die Alopezie zu erzeugen. Der Kohlensäureschnee wurde 30 Sekunden am äußeren Ohre appliziert. Längere Dauer der Applikation und zu starker Druck hatten Gangrän zur Folge. Es traten zuerst entzündliche Erscheinungen, Schwellung und Blasenbildung auf, später Desquamation und am 12. Tage Ausfall der Haare. Am 18. Tage war die Alopezie an den Stellen, wo der Kohlensäureschnee eingewirkt hatte, vollständig. Erst 30—34 Tage





nach der Erfrierung beginnen wieder Haare hervorzuschießen und schnell zu wachsen, so daß sie am 40. bis 45. Tage so lang und dicht sind wie in der Umgebung. Es ist nur hervorzuheben, daß die neuen Haare weiß sind. Bei der histologischen Untersuchung eines nach 18 Tagen entnommenen Stückchens fand man die Epidermis verdünnt, im Derma Fehlen der Papillen, Bruch und an einigen Punkten auch Schwund der elastischen Fasern, Atrophie der Haarfollikel, keine Spur von Haaren, Mm. arectores, Talg- und Schweißdrüsen. J. Ullmann (Rom).

Malherbe. Nantes. La Pélade. Journ. des maladies cutanées et syphilitiques. Fasz. IX. 1909.

Übersicht; nichts neues. M. Oppenheim (Wien).

Rossi, A. Über einen interessanten Fall von Area Celsi oder Alopecia areata oder „Pelade" der Franzosen. La Liguria med. Nr. 5. 1. März 1910.

Rossi beobachtete bei einem Eisenbahnbeamten nach einem schweren psychischen Trauma die Entwicklung einer Alopecia areata am Kopfhaar, an Augenbrauen, Bart und Schnurrbart. Autor verwirft die Theorie von der parasitären Natur der Erkrankung und tritt für ihren trophoneurotischen Ursprung ein. J. Ullmann (Rom).

Herxheimer, Karl. Über Pityriasis capitis und ihre Bedeutung für den Haarausfall. Dtsch. med. Woch. Nr. 11. 1910.

In einem Fortbildungskurse für Ärzte gibt Herxheimer einen anschaulichen Überblick der Symptome und Folgen der Pityriasis capitis. Das Primäre der Erkrankung ist stets eine meist mit Jucken einhergehende Rötung und Entzündung, es folgt die Abstoßung der Epidermiszellen, die Schuppung, schließlich Haarausfall. Das Jucken steigert sich oft zum sogenannten „Haarschmerz", der aber natürlich nicht im Haar, sondern in der obersten Hautschicht ihren Sitz hat. Komplikationen wie Ekzeme, Follikulitis, Warzenbildung, Splittern und Brechen der Haare, Trichorrhexis sind nicht selten. Für die Entzündung, welche klinisch und anatomisch das Hauptmoment der Erkrankung bildet, nimmt Verf. eine Infektion als Ursache an und führt zum Belege dieser Anschauung mehrere akut einsetzende Fälle an, bei welchen die Infektion durch Eisenbahnkopfpolster, Kopfhalter beim Zahnarzt, Schnurrbartbinden, in Pensionen und so weiter beobachtet wurde. Die Therapie muß demnach sowohl das Virus zerstören als durch Hyperämie die entzündlichen Infiltrate zur Resorption bringen. Hiezu erprobte Verf. Waschungen und Massage mit Spirit. saponat. kalin. als besonders geeignet, später Einreibung mit schwachen Salizylsalben. Prophylaktisch empfehle sich die Desinfektion (Kresolpaste) aller Gegenstände, welche mit der Kopfhaut in Berührung kommen und die Ermahnung des Publikums, sowie der Barbiere und Friseure zu größerer Vorsicht. Max Joseph (Berlin).

Audry, Ch. Toulouse. Sur quelques manifestations cutanées liées à l'entéro-colite muco-membraneuse. J. d. mal. cut. et syphilitiques. VII. 1909.

Audry beschreibt 3 Typen von Hauteruptionen, die in Zusammenhang mit Enterocolitis membranacea stehen, die häufig rezidivieren und diese Rezidiven folgen nicht nur den Darmerscheinungen, sie künden sie sogar an. Der Typus ist folgender: Die Krisis kündigt sich durch Kopfschmerz, Schwere und Mattigkeit an, dann kommen die Hauterscheinungen, dann die Darmsymptome.

Die 3 Typen sind 1. der Herpes genitalis, 2. das Erythem und 3. Erythem mit Urtikaria; die beiden ersten sind häufig, der letztere selten, hauptsächlich bei Neurasthenikern mit larvierter Enterokolitis.

Die Behandlung ist die der Enterokolitis.

M. Oppenheim (Wien).

Fordyce, J. A. New-York. Die Lichengruppe der Hautkrankheiten; eine histologische Studie. Journal cut. dis. XXVIII. 2.

Der Beginn der Veränderungen liegt im Papillarkörper. In wie weit Nerven oder Gefäße für die Veränderungen verantwortlich sind, ist nicht sicher. Die Epidermis dürfte eine chemotaktische Wirksamkeit auf das unterliegende Korium haben. Die ersten Erscheinungen sind Dilatation der Gefäße und Lymphräume der Papille, weiters Proliferation des Bindegewebes, später die gleichen Veränderungen im subpapillären Lager. Mit Zunahme des Infiltrats Abflachung der Retezapfen und Erfüllung der Koriumepidermisgrenze mit Infiltratzellen. Letztere werden vornehmlich nur durch Bindegewebszellen und Lymphozyten gebildet. Die Dellenbildung der Knötchen entsteht durch die Verdickung der Hornschichte, unter welcher sich eine Art Trichter im Rete bildet. Bei starker seröser Exsudation entsteht die so häufige subepidermidale Blase. Beim atrophischen, sklerösen Lichen werden die Papillen durch skleröses Gewebe ersetzt. Die Atrophie beim Lichen kann auch eine primäre sein. Beim hypertrophischen Lichen sind alle Epidermislagen, aber auch die zellige Infiltration des Korium enorm beträchtlich vermehrt. Die histologischen Veränderungen der Schleimhautherde sind ähnliche wie an der Haut.

Rudolf Winternitz (Prag).

Kyrle, J. und **Mc. Donagh**, J. E. R. „Lichen nitidus." The Brit. Journ. of Derm. Nov. 1909.

Entspricht im wesentlichen der in Bd. XCV dieses Archivs veröffentlichten Arbeit derselben Verfasser. Paul Sobotka (Prag).

Heller. Zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten: VIII. Platonychie als Gewerbekrankheit. Dermatol. Zeitschr. 1910. p. 80.

Die Erkrankung betrifft einen 54jähr. Arbeiter und ist an beiden Daumen lokalisiert. Das Auftreten dieser Erkrankung erklärt sich durch seine, seit 25 Jahren geübte Beschäftigung, bei welcher er mit der Volarseite der Daumen, sowie mit der Nagelfläche auf Porzellan aufgetragene Emaille glatt streicht. Fritz Porges (Prag).



Geschlechts-Krankheiten.

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Gewin. Über die Erfolge der prophylaktischen Behandlung der Blennorrhoe der Neugeborenen mit Argentum nitricum. Gynäkolog. Rundschau. IV. 4.

Gewin berichtet über die Erfolge der prophylaktischen Argentumbehandlung bei Neugeborenen, die so ausgeführt wurde, daß die Augen sofort nach der Geburt ausgewischt, darauf mit einer 1½—2proz. Silbernitratlösung betupft wurden.

Bei 4082 Neugeborenen wurde 44mal gonorrhoische Augenentzündung festgestellt. Hievon waren 15 (0·367 Proz.) „Frühinfektionen" (bis zum 4. Tag p. partum beobachtete blennorrhoische Erkrankungen), 29 (0·71 Prozent) „Spätinfektionen". 256mal wurde Bindehautentzündung (6·27 Proz.) beobachtet als Folge der Behandlung. Im Vergleiche zu dem Resultate, das v. Herff mittels Sophol erzielte, befriedigen die hier vorliegenden Ergebnisse nicht. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Lake, George. Neissers Bakterin bei chronischer gonorrhoischer Urethritis. The Journal of Americ. Med. Assoc. 1910. 19. Feb. pag. 611.

Lake verwandte in einem Fall von chronischer gonorrhoischer Urethritis Neissers Bakterin. Dieses bewirkte Steigerung der Phagozytose, hatte aber auf den Verlauf der Krankheit keinen Einfluß.

Fritz Juliusberg (Posen).

Rooker, A. M. Vakzinebehandlung eines Falles von staphylogener Prostatitis und zweier Fälle von Furunkulose. The Journal of Americ. Med. Association. 1910. 8. Jan. p. 126.

Rooker berichtet über einen Fall von Prostatitis nach Gonorrhoe, wo sich im Prostatasekret Staphylokokken fanden, keine Gonokokken und der durch Injektionen mit einer Staphylokokkenvakzine geheilt wurde. Zwei gleiche Erfolge wurden bei zwei Fällen von Furunkulose erzielt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Leschnew, N. Zur Frage über die Behandlung mit Antigonokokkenserum. Wratschebnaja Gazetta. 1909. Nr. 50.



In 16 mit Antigonokokkenserum behandelten Fällen von Urethritis acuta bekam Verf. folgende Resultate:

1. Die Dauer der akuten Erscheinungen vermindert sich nicht, aber der Verlauf der Krankheit selbst nimmt einen weniger akuten Charakter an.

2. Nach 2—3 Injektionen wird die Ausscheidung des Sekrets aus der Urethra reichlicher.

3. Nach Anwendung des Serums verschwinden die Gonokokken aus der Urethra nicht (nach 3—6 Injektionen).

4. Alle 16 Fälle verliefen ohne Komplikationen.

Bessere Resultate von der Serumbehandlung erhielt Verf. in 25 Fällen gonorrhoischer Erkrankungen der Nebenorgane und gonorrh. Metastasen (Prostatitis, Urethrozystitis, Epididymitis, Parametritis gonorrh., Arthritis gon. etc.); er empfiehlt das Serum als ein Mittel, das günstig auf den Verlauf der gonorrhoischen Prozesse wirken, in manchen Fällen sogar zur vollständigen Genesung führen kann. (Aus den angeführten Krankheitsgeschichten kann man kaum den Schluß vollständiger Heilung ziehen; die Beobachtungsdauer nach eingetretener Besserung ist meist zu kurz, als daß endgültige Schlüsse gezogen werden könnten. Ref.) Als Nebenwirkung erwähnt Verf. das Erythem, Urticaria oder geringe Infiltrate an der Stelle der Injektion mit Temperatursteigerung auf 1—$1^1/_2$°.

P. A. Welikanow (Petersburg).

Thomas, Benjamin. Über den Stand der Therapie mit Antigonococcus-Serum, Gonococcus-Bakterin und Pyocyaneus-Bakterin, The Journal of the Americ. Med. Association. 1910. 22. Jan. pag. 258.

Über den Wert der Behandlung chronischer gonorrhoischer Komplikationen, führt Thomas aus, mit Antigonococcus-Serum und Gonococcus-Bakterin kann kaum ein Zweifel mehr bestehen, während in akuten Fällen das Antigonococcus-Serum keinen Wert hat. Man soll mit kleinen Dosen beginnen und langsam steigen, bis eine gewisse Toleranz erreicht ist. Von der Verwertung des opsonischen Index als Richtschnur für diese Therapie ist der Autor allmählich abgekommen. Er richtet sich vollkommen nach dem klinischen Verhalten. Was das Pyocyaneus-Bakterin betrifft, so hat Thomas nie den geringsten Nutzen davon gesehen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bartholow, Paul. Piper methysticum oder Kava und seine Wirkungen bei Gonorrhoe. New-York. Med. Journal. 1910. 19 Feb. pag. 384.

Die Arbeit Bartholows enthält ausführliche Mitteilungen über die Natur des Piper methysticum. Am Schlusse werden einige Gonorrhoefälle zitiert, wo das Präparat günstig gewirkt haben soll. Die Dosis ist 0 2, 4 bis 5mal täglich. Fritz Juliusberg (Posen).

Swinburne, G. K. Der therapeutische Wert des Gonokokken-Serums. N. Y. Med. Recad. 13. Okt. 1909.

Nichts neues. Heimann (New-York).



Dreuw. Über Gelonidatabletten. Monatshefte für praktische Dermat. Bd. L.

Formalinisierte Gelatine läßt sich leicht pulvern. Setzt man dieses Pulver (10%) der Tablettenmasse zu, so zerfallen die Tabletten bei Berührung mit Wasser fast augenblicklich, da Trioxymethylengelatine rasch quillt. Von diesen „Gelonida“-Tabletten prüfte Dreuw solche mit Salol, Urotropin, Arhovin (Balsamica ließen sich nicht in dieser Weise verarbeiten). Beim Vergleich der Wirkung balsamischer Thyresoltabletten und der nicht balsamischen Gelonida Arhovini auf Gonorrhoea acuta war das Endresultat beinahe dasselbe, doch scheint die Einwirkung letzterer auf den Magen geringer zu sein. Ludwig Waelsch (Prag).

Galimberti, A. Ein neuer Irrigator für die Vagina und eine neue Spritze für die männliche Harnröhre in den gonorrhoischen Prozessen. Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle. 1909.

Der nach Angaben von G. auf den Rat von Campana konstruierte Irrigatoransatz ist birnförmig aus Glas; der vordere enge Teil kommt in die Vagina, während der hintere breitere Teil das Herausfließen der Flüssigkeit verhindert. An der Spitze ist eine Olive mit kleinen Öffnungen. Die ebenfalls auf den Rat von Campana nach den Angaben von G. konstruierte Spritze besteht aus Glas oder aus Porzellan. In der Mitte jenes Teiles, der in Kontakt mit der Glans kommt, findet sich eine kleine hämisphärische Protuberanz, die wegen ihrer glatten und wenig hervorragenden Fläche in das Orificium urethrae leicht und ohne die Mukosa zu verletzen, eindringt. Dieser Ansatz kann den gewöhnlichen Spritzen und Röhren angepaßt werden. Costantino Curupi (Prag).

Joseph, Max. Über das Gonosan. Dermatolog. Zentralblatt. 1909. Nr. 3.

Joseph warnt vor der Behandlung der Gonorrhoe nur mit internen Mitteln, mögen sie heißen wie sie wollen. Sie alle haben keinerlei Wirkung auf die Gonokokken; es ist in jedem Falle die lokale Behandlung mit Silberlösungen zur Heilung unbedingt erforderlich.

Rudolf Krösing (Stettin).

Waelsch, Ludwig. Erwiderung auf den Artikel Max Josephs „Über das Gonosan“. Dermatolog. Zentralbl. 1910. Nr. 4.

Protest gegen Josephs Beschuldigung, daß auch Waelsch Anhänger der rein internen Gonorrhoebehandlung sei. Waelsch ist im Gegenteil durchaus für antibakterielle Lokalbehandlung und nur zur Unterstützung bei gewissen Zuständen für gleichzeitige Anwendung von Balsamicis. Rudolf Krösing (Stettin).

Piccardi. Das „Thyresol“ in der Therapie des Harnröhrentrippers. Giorn. ital. delle malattie vener. e della pelle. 1909.

Das Thyresol besitzt nach P., der es durch 6 Monate sowohl in der Privatpraxis als auch in seiner Abteilung der Poliklinik in zahlreichen Fällen experimentierte, alle Vorzüge des Santals, ohne die Nachteile desselben. Das Mittel ist ein vorzügliches Koadjuvans der lokalen

Therapie der akuten Urethritis, sei dieselbe auf die Pars anterior beschränkt, sei sie auf die posterior oder auf die Blase verbreitert.

Costantino Curupi (Prag).

Krebs. Über Thyresoltabletten als Unterstützungsmittel der lokalen Gonorrhoetherapie. Fortschritte d. Medizin. 1910. Nr. 8.

Sandelöl in Tablettenform wurde vom Verf. als wertvolles, die lokale Gonorrhoetherapie unterstützendes Mittel gefunden. Bei 60 damit behandelten Patienten wurde niemals über Übelkeit, Aufstoßen, Erbrechen oder Schmerzen geklagt. Max Leibkind (Breslau).

de Campagnolle, R. Über die Beseitigung der Nebenwirkungen der Balsamika. Zeitschr. f. Urol. Bd. III. H. 10. 1909.

Campagnolle bespricht die Wirkung der Balsamika, von denen er Santyl und Thyresol bezüglich der Reizlosigkeit für genügend hält aber die spezifisch schmerz- und krampfstillende Wirkung erst bei 3—4 *g* in gewünschtem Grade eintreten sah. Loewenhardt (Breslau).

Vieth und **Ehrmann.** Ausscheidungsweise und Verträglichkeit des Sandelöls und seiner Derivate (besonders des Santyls). Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XLIX.

Beim Pflanzenfresser erfolgt die Umwandlung auch der Derivate des Sandelöls mehr im Sinne der Harzsäurebildung, beim Menschen kann nach Santyl meist überhaupt keine Harzsäure im Harn nachgewiesen werden. Die aus Santalharn isolierten Umwandlungsprodukte scheinen das Kaninchenauge leichter zu reizen, als die des Santylharns. Die Ester vom Typ des Santyls wurden auch dann gut vertragen, wenn gewöhnliches Sandelöl Nierenreizung hervorrief. Santyl wird jetzt auch in Tablettenform hergestellt (mit Magnes. carbon.). Dosis: 4mal täglich 2 Tabletten. Ludwig Waelsch (Prag).

Steffen, Erich. Über Versuche mit Kältebehandlung bei akuter Gonorrhoe des Mannes. Zeitschrift für Urologie. 1909. Bd. III. H. 9.

Der Gedanke einer Kältebehandlung der akuten Gonorrhoe wurde von Steffen wieder aufgenommen. Die Tatsache, daß Gonokokken bei einer Temperatur unter 18° C schnell absterben, gab die Veranlassung, unten geschlossene, mit Wasser gefüllte Tuben, deren Inhalt vorher in einer Kältemischung zum Gefrieren gebracht worden war, in die Harnröhre einzuführen. Die Versuche schlugen fehl.

Loewenhardt (Breslau).

Mc. Oscar, J. Die Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus mit Vakzine. The Lancet. 1909. 20. Nov. pag. 1498.

Mc. Oscar berichtet über die erfolgreiche Behandlung einer gonorrhoischen Gelenkentzündung des dritten Metacarpophalangealgelenks mittelst Injektion von Antigonokokken-Vakzine.

Fritz Juliusberg (Posen).

Frenkel. Über rationelle Einspritzungen bei akutem Tripper. Journal russe de mal. cut. 1909,



Da rationelle Einspritzungen eine Gonorrhoea posterior verhindern können, so gibt Frenkel, um eine Lücke in der Literatur auszufüllen, folgende Anweisung: Patient wird angewiesen, periodisch beim Urinieren mit dem Zeigefinger das Orificium ext. urethrae zu verschließen, um durch Erzielung einer maximalen Dilatation der Harnröhre günstige Bedingungen für die spülende Wirkung des Harnstrahls zu setzen. Dann wird mit heißer Borlösung (1—2 Teelöffel Borsäure auf ein Glas Wasser) der restierende Eiter weggewaschen, was durch Einspritzungen von $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$ des 15 cm^3 fassenden Spritzeninhaltes geschieht. Die eingeführte Flüssigkeit wird sofort wieder herausgelassen. Jetzt erst kann das Medikament 2—5% Kollargollösung 1—5 Minuten in der Urethra (mit Verschluß durch den vorgehaltenen Zeigefinger) gehalten werden. Nach 3—4 Tagen bei abnehmender Eiterung werden Kali hypermanganicum-Lösungen (0·6:24°) verwendet. Richard Fischel (Bad Hall).

Grosse. Der aseptische Katheterismus und Selbstkatheterismus. Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 11.

Grosse wendet sich mit Recht gegen die Unzulänglichkeit aller antiseptischen Methoden der Kathetersterilisation, da seiner Ansicht nach der Katheterismus genau so wie jede blutige Operation die strengste Asepsis erfordert. Er betont, daß nicht die Händedesinfektion die erste Bedingung sei — zumal besonders von Laien doch keine ausreichende Keimfreiheit erreicht werde — sondern daß das Hauptgewicht auf die völlige Sterilität der Instrumente zu legen sei. Er demonstriert nochmals den seinerzeit schon von ihm besprochenen Sterilisator in geringer Modifikation. Das Prinzip ist genau das gleiche geblieben, nur wurde für die Katheterrohrverschlüsse stabileres Material gewählt. Der Sterilisator wird in 2 Größen von der Firma C. Stiefenhofer, München, hergestellt.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Deansly, Edward. Klinische Bemerkungen zum Gebrauch des Zystoskops, des Urinseparators und des Ureterenkatheters. The Brit. Med. Journal. 1910. 5. Feb. pag. 312.

An einer Anzahl von Krankengeschichten illustriert Deansly den Wert der in der Überschrift angeführten Instrumente.

Fritz Juliusberg (Posen).

Philip. Ein elektrisch erwärmter Arzberger-Apparat bei Prostatitis gonorrhoica.

Angabe einer Modifikation des Arzbergerschen Apparates zur Spülung der hinteren Harnröhre, der an Stelle des Heißwasserkanals einen in einer Hartgummiverschraubung befestigten elektrischen Heizkörper hat. Der Apparat kann direkt an die Lichtleitung angeschlossen werden, also im Sprechzimmer des Arztes und im Hause des Patienten benutzt werden. Er ist zu beziehen von der Firma W. Hilzinger-Reiner in Stuttgart. Oskar Müller (Recklinghausen).

Wossidlo, H. Ein neues Instrument für die Urethroscopia posterior. Dtsch. med. Woch. Nr. 7. 1910.



Wossidlo ließ ein Instrument konstruieren, welches eine Kombination seines eigenen Apparates mit dem Goldschmidtschen darstellt und die Untersuchung der hinteren Harnröhre sowohl ohne als mit Wasserspülung gestattet. Die Form des Tubus mit langem Schnabel, Abknickung und großem Fenster ist beibehalten, aber die von Goldschmidt angegebene Lampe vor den distalen Abschnitt des Tubusfensters hinter Milchglas gesetzt, wodurch das Gesichtsfeld mit oder ohne Spülung klar beleuchtet ist. Eine Rinne im Tubus, die in ein Rohr mit Hahn nach außen ausläuft, ermöglicht den Übergang von der Beleuchtung mit Wasserspülung zur Untersuchung ohne Wasserspülung.

Max Joseph (Berlin).

Schiperskaja. Zur Frage der jodophilen Körnung der Zellen des gonorrhoischen Eiters. Journ. russe de mal. cut. 1909.

Während man regelmäßige Beziehungen zwischen Gonokokken und jodophiler Substanz und dem Charakter und der Form der verschiedenen Formelemente des gon. Eiters konstatieren kann, so kann man sich derzeit noch nicht bei der Diagnose auf die Gegenwart oder Abwesenheit der jodophilen Körnung stützen, ganz abgesehen davon, daß die Anfertigung dieser Präparate (Sch. bediente sich der Methode Winklers) mit großer Unbequemlichkeit verbunden ist.

Für den Praktiker ist die Färbung und Gonokokkenkultur die aussichtsreichere Methode.

(In dem Literaturverzeichnis ist nahezu jedes Wort ein „Druckfehler". Der Referent.) Richard Fischel (Bad Hall).

Fuller, Eugene. Ist die Feststellung des Gonococcus immer so einfach, wie allgemein angenommen wird? New-York. Med. Journal. 1910. 1. Jan. pag. 9.

Fuller beantwortet die Frage der Überschrift seines Artikels damit, daß es oft schwierig ist, trotz der für den Gonococcus angegebenen Kriterien (intrazelluläre Lagerung, Verhalten gegen Gram) zu entscheiden, ob gefundene Diplokokken in der Tat Gonokokken sind.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ledermann, Reinhold. Gonorrhoe und Sachverständigentätigkeit. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1910. Bd. XVI. pag. 1.

Verf. bespricht zunächst den Gonokokkennachweis, der bei der Sachverständigentätigkeit zur Diagnose des Trippers absolut gehört und erörtert sodann die Ursachen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Natur, die ein Sachverständigengutachten bei Gonorrhoe veranlassen können. Besonders ausführlich behandelt Verf. die Fälle, die in der Ehe das Gericht und den Sachverständigen beschäftigen können.

V. Lion (Mannheim).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Much, Hans. Immunität und Immunitätsreaktionen. (Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Band IX, Heft 1.)

M. gibt in 6 Vorlesungen einen Überblick über die neuesten Errungenschaften der Immunitätslehre, insbesondere über die Opsoninuntersuchung und die Wassermannsche Reaktion. Dann wird die aktive und passive Immunisierung besprochen und die Bestrebungen, diese Vorgänge zur erfolgreichen Bekämpfung der verschiedenen Infektionskrankheiten zu verwenden. Der letzte Vortrag beschäftigt sich bloß mit der Tuberkulose, deren Diagnose, Prognose und Therapie. Die Arbeit ist in hervorragender Weise geeignet, den Praktiker mit diesem wichtigen Kapitel der Medizin in kurzer Zeit bekannt zu machen.

Hugo Hecht (Prag).

Nestler, A. Über hautreizende Pflanzen. (Naturwissensch. Zeitschrift Lotos, Band LVI, Heft 6.)

Das Sekret der Drüsenhaare der Gattung Cypripedium mit besonderer Berücksichtigung seiner hautreizenden Wirkung. (Berichte der Deutschen Botanischen Gesellschaft, 1907, Band XXV, Heft 10.)

Die hautreizende Wirkung der Primula mollis Hook. und Pr. Arendsi Pax. (Berichte der Deutschen Botanischen Gesellschaft, 1908, Band XXXVIa Heft 7.)

Manche Pflanzen, die bisher als vollständig harmlos galten, werden manchmal vielleicht infolge von ungenügender Beobachtung als hautreizend bezeichnet, ohne es in Wirklichkeit zu sein wie z. B. die Früchte von Helianthus annuus L. Auf Grund von Versuchen kann N. diese als unschädlich bezeichnen, wenigstens unter gewöhnlichen Umständen. Efeu rief in einem Falle schon bei bloßer Berührung ein Erythem hervor, ohne daß der Verfasser versuchsweise an sich selbst denselben Effekt beobachten konnte. Dagegen besitzt Cypripedium spectabile Sw., eine nordamerikanische Orchidee, auf der Außenseite seiner oberirdischen Organe ein Hautgift, das eine sehr heftige Dermatitis hervorrufen kann, wenn man dafür empfänglich ist. Die giftige Substanz wird von den Drüsenhaaren erzeugt, ist eine ölartige, niemals Kristalle bildende Substanz, die sehr leicht Farbstoffe aufnimmt; fügt man zu den Sekretmassen Ammoniak hinzu, so werden sie nach einiger Zeit karmin- bis violettrot.

Dasselbe ist auch bei den andern Cypripediumarten zu konstatieren, doch ist nicht sicher, ob ihnen auch die Ammoniakreaktion zukommt.

Die Primeldermatitis ist schon oft Gegenstand der Beobachtung gewesen; über die hautreizende Wirkung von Primula obconica Hancei Pr. sinensis Lindl., Pr. Siboldii Morren und Pr. cortusoides L. hat der Autor in einer frühern Arbeit gesprochen. Nun ergänzt er dieses Material und berichtet über das Ergebnis seiner Untersuchungen bei Pr. mollis Hook. Direkte Versuche mit der hautreizenden Substanz dieser Form zeigen mit Bestimmtheit, daß Pr. mollis stark hautreizend ist; bei geeigneter Versuchsanordnung ist kein Mensch dagegen immun. Die hautreizende Substanz ist in Alkohol, Äther, Benzol, Chloroform, Kalilauge etc. löslich und bildet mit verschiedenen Mineralsäuren Kristalle.

Die hautreizende Substanz der Primula Arendsii Pax hat dieselben mikrochemischen Eigenschaften wie die Pr. obconica. Die Wirkung dieser Substanzen äußert sich in einer starken Rötung, Beginn der Blasenbildung unter heftigem Jucken; diese Erscheinungen können tagelang anhalten. Hugo Hecht (Prag).

Klein, Karl. Klinisches und morphologisches Material zur Ätiologie der Syphilis. (Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Band VIII, Heft 15.)

Die Arbeit bringt nichts Neues, doch werden an 11 kongenitalsyphilitischen Kindern, die zur Sektion kamen, Untersuchungen angestellt, auf Grund derer folgender Schluß gezogen wird:

1. die in fötalen Organen mit Silberimprägnation nachweisbaren Spirochaeten sind keine Kunstprodukte;
2. es gelingt unter Umständen, dieselben lebend nachzuweisen;
3. deshalb können auch syphilitische Foeten Infektionsträger sein;
4. die Spirochaeta pallida läßt sich in Ausstrichen von Organen mazerierter Foeten nach Giemsa nicht färben, wahrscheinlich chemischer Gewebsveränderungen wegen.

Interessant ist, daß im Nasensekret einer Leiche, die 36 Stunden im Keller lag, noch immer zahlreiche lebende Spirochaeten im Dunkelfeldpräparat zu finden waren. In einem anderen Falle wieder ließen sich in dem aus dem Ohrläppchen (in vivo) entnommenen kreisenden Blute einzelne sichere Spirochaeten nachweisen. Hugo Hecht (Prag).

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 1909. T. I. Fasc. II. und 1910. T. II.

Aus dem reichen Inhalte dieses Bandes sei zunächst eine Arbeit von S. v. Prowazek erwähnt: „Zur Entwicklung von Spirochaeta gallinarum". Aus derselben geht hervor, daß die Zeke (Argas miniatus Koch) der tatsächliche Zwischenwirt der Hühnerspirochaeta ist und nicht etwa ein passiver Überträger. Die Spirochaeta gallinarum macht innerhalb



der Zecke eine bestimmte Entwicklung durch. In den Eiern der Zecke wurden keine Spirochaeten gefunden.

Eine Arbeit von Alcides Godoy: „Über die Vermehrung der Bakterien in Kulturen“ (Die Konstante ihrer Geschwindigkeit) kommt zu dem Ergebnis, daß die Bildung gewisser mikroskopischer Pflanzen nach demselben Gesetze vor sich geht, welches die nicht organisierten Körper regiert. (Gesetz von Guldberg-Waage.)

A. Moses berichtet: „Über den Nachweis von Antigen und Antikörper durch Komplementablenkung“. Aus der eingehenden Arbeit sei erwähnt, daß M. im Serum von Hühnern, welche mit Spiroch. gallinarum infiziert waren, mit Hilfe der Komplementablenkung Antigen solange nachweisen konnte, als Parasiten zirkulierten, nach Verschwinden derselben war es möglich, Antikörper nachzuweisen, welche sich dann während langer Zeiträume im Serum erhalten. Entsprechende Versuche bei Vakzine, Variola, Epithelioma contagiosum fielen negativ aus.

Aus der Arbeit von Prowazek und de Beaurepaire-Aragao über: Variola-Untersuchungen ist zu erwähnen, daß der Erreger der Variola durch dicke Papierfilter, Asbest-Beckefeld- und Uhlenhuthfilter filtrierbar ist (Nachweis durch Kaninchenkorneaimpfung). Das Virus ist ferner durch Kolloidschichten (Agar-Agar) filtrierbar und ist dann nach der Löfflerschen Methode im Abstrich gefärbt in Form kleinster, vollkommen scharf differenzierter, dunkelrot gefärbter, rundlicher Körperchen nachweisbar, die sich zuweilen in Diplokokkenform teilen. Das Variolavirus generalisiert sich zwar, die Generalisierung dauert aber im allgemeinen nur eine kurze Zeit und ist nach dem Ausbruch der Pusteln nur spärlich nachweisbar. Das Virus hat die Tendenz, sich in den Zellen anzusiedeln und sich hier zu vermehren, es handelt sich also mehr um einen Zellparasit als um einen Sätteparasit.

Die anderen in diesem Bande enthaltenen Arbeiten liegen dem Interessengebiet des Dermatologen ferner.

Aus dem Band II. ist bei dem Interesse, daß der Chemotherapie entgegengebracht wird, eine Arbeit von Neira: „Über die Bildung einer chininresistenten Rasse der Malariaparasiten“ hervorzuheben, in der zum ersten Male systematische Untersuchungen über Chininfestigkeit bei Malariaplasmodien in ausgedehntem Maße niedergelegt sind.

L. Halberstaedter (Berlin).

Rouvière, G. Le Xeroderma pigmentosum. Paris. Baillière et fils. 1910. 137 Seiten.

Rouvières Inauguraldissertation über das Xeroderma pigmentosum enthält neben vier eigenen Beobachtungen des Verfassers eine Verarbeitung aller bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle dieser Erkrankung. Sie behandelt 192 Fälle, die mit Sicherheit als zu dieser Krankheit gehörig betrachtet werden müssen und 18 Fälle, wo es sich um ein zweifel-

haftes Xeroderma pigmentosum, resp. um ähnliche Krankheiten handelt. Es braucht keines Hinweises, daß derartige erschöpfende Darstellungen eines seltenen Krankheitsbildes von größtem Wert für jeden Fachmann sind. Fritz Juliusberg (Posen).

Nagel, W. Handbuch der Physiologie des Menschen. 5 Bände. Braunschweig. F. Vieweg u. Sohn.

Wir hatten wiederholt Gelegenheit im Verlaufe des Erscheinens der Einzellieferungen auf dieses wertvolle Handbuch aufmerksam zu machen (siehe dieses Archiv, Bd. LXXXVI, p. 281, Bd. LXXXVIII, p. 155, Bd. XCIII, p. 472). Nun liegt es abgeschlossen vor, indem die noch ausständigen Abschnitte der Hauptbände, welche Nervenphysiologie (M. Cremer), Mechanik des Kreislaufs (G. F. Nicolai) und Elemente der Immunitätslehre (C. Oppenheimer) enthalten, erschienen sind, sowie ein Ergänzungsband, der neben mehrfachen Nachträgen, darunter solchen zur Physiologie der Druck-, Temperatur- und Schmerzempfindungen (Thunberg), auch ein ausführliches Sachregister enthält. Das groß angelegte Werk ist durch übersichtliche Darstellung, eingehende Heranziehung der Literatur und häufige Berücksichtigung der klinischen Gesichtspunkte, wie dies ja auch die Aufnahme eines eigenen Kapitels über die Immunitätslehre zeigt, sehr geeignet, über den Rahmen des engeren physiologischen Leserkreises hinaus auch den verschiedenen klinischen Disziplinen als Nachschlagebuch zur Orientierung über den Stand der modernen Anschauungen betreffend die Physiologie der einzelnen Organe wertvolle Dienste zu leisten. Die Ausstattung ist eine vorzügliche. P.

Francke, K., München. Mein Instrumentarium der inneren Medizin. Der Autor hat eine Anzahl von Instrumenten modifiziert und sich auch eigene konstruiert, die er hier abbildet und beschreibt. Für den Dermatologen kommt sein „Hautdunstmesser" in Betracht, wobei ähnlich wie bei dem Erhardschen Instrument der Ausschlag eines Gelatineplättchens an einem Kreisbogen abgelesen wird und so die Ausdünstung von 1 *cm*² Hautoberfläche bestimmt wird. Die Größe des Hautdunstes ist in weiten Grenzen abhängig von der Größe der Herztätigkeit. Sie steigt rasch auf sensible und sensorische Reize. Eine beigegebene Kurve zeigt das enorme plötzliche Ansteigen der Hautdunstkurve nach kurz dauerndem Lichtreiz. Das Instrument ist von Gustav Koch, Rixdorf bei Berlin, Thüringerstr. 16, zu beziehen. P.

Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft, herausgegeben von G. Schmorl. Vierzehnte Tagung in Erlangen, 4.—6./IV. 1910, Jena. Gustav Fischer. 1910.

Von Jahr zu Jahr wächst Umfang und Inhalt dieser Verhandlungen. Das diesjährige Hauptthema betraf die Störungen des Herzens. Von dermatologischem Interesse sind: Schmincke, Demonstration einer



unter dem Bild des sog. Madurafußes verlaufenen Fußerkrankung. (Der Fall stammt aus Kissingen, als Erreger wurde eine besondere Art der Aktinomyzes nachgewiesen.) M. B. Schmidt, Über Starkstromverletzung. Lucksch. Die Wassermannsche Reaktion an der Leiche. H. Albrecht, Ein Naevus papillaris pigmentosus der Pars prostatica der Urethra mit sarkokarzinomatösen Metastasen. Tilp, Demonstration eines Falles von ausgebreiteter Kalzinosis. Risel, Über die örtlichen Veränderungen nach intramuskulären Einspritzungen von grauem Öl.

Friedel Pick (Prag).

Bresler, J. Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel. Halle a. S. C. Marhold. Aufl. 1. (Juli), 2. (August), 3. (September). 1·80 M.

Zusammenstellung der bisherigen Erfahrungen (bis Ende September 1910) mit 606. Sie ist „rein objektiv und chronistisch gehalten und überläßt es dem Leser, sich ein eigenes Urteil zu bilden". Ein Vorzug zugleich und ein Nachteil. Wer bereits über eigene Erfahrungen verfügt, dem werden die kurzen, alles wesentliche enthaltenden Auszüge der Arbeiten einen guten Überblick über das bisher Erreichte und Beobachtete geben. Dagegen dürfte der Fernerstehende durch die Fülle der Details beeinträchtigt werden und kaum eine ausreichende Vorstellung erhalten von der Umwälzung, die die Behandlung der Syphilis durch Ehrlichs Entdeckung bereits heute erfahren hat.

Tomasczewski (Berlin).

Varia.

VII. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Rom, 25.—29. September 1911. Anmeldungen der Mitgliedschaft sowie von Vorträgen sind zu richten an den Generalsekretär Dr. G. Ciarrocchi, 5, Piazza Grazioli, Rom. Der Mitgliedsbeitrag von 25 Lire ist zu senden an Dr. Luigi Silvestri, 13, Via della Pace, Rom. Vorträge, die noch im Programm des Kongresses erscheinen sollen, müssen bis zum 30. April 1911 angemeldet werden. Es sind folgende Themata zur Diskussion gestellt: 1. Welchen Einfluß haben die neuen ätiologischen, diagnostischen und experimentellen Forschungen auf die Therapie der Syphilis und auf die Möglichkeit der Immunität und einer abortiven Behandlung der Infektion. 2. Die Resultate der Physikotherapie bei Hautkrankheiten. 3. Blastomykosis, Sporotrichosis und ihre Beziehungen zu ähnlichen Prozessen.

Personalien. Privatdozent Dr. Tomasczewski (Berlin) wurde das Prädikat Professor verliehen.

Dr. G. Sorrentino (Bologna) und Dr. E. Arman (Pisa) wurden als Privatdozenten für Dermatologie und Syphiligraphie habilitiert.

Prof. Dr. J. V. Shoemaker, Begründer des ersten Ambulatoriums für Hautkranke in Philadelphia und des Lehrstuhls für Dermatologie am Medico-Chirurgical-College daselbst, ist im Alter von 58 Jahren gestorben.



Fig. 1.

Bergrath: Syphilitische Gelenkerkrankungen im Röntgenbilde.

K. u. k. Hoflithogr. A. Haase Prag

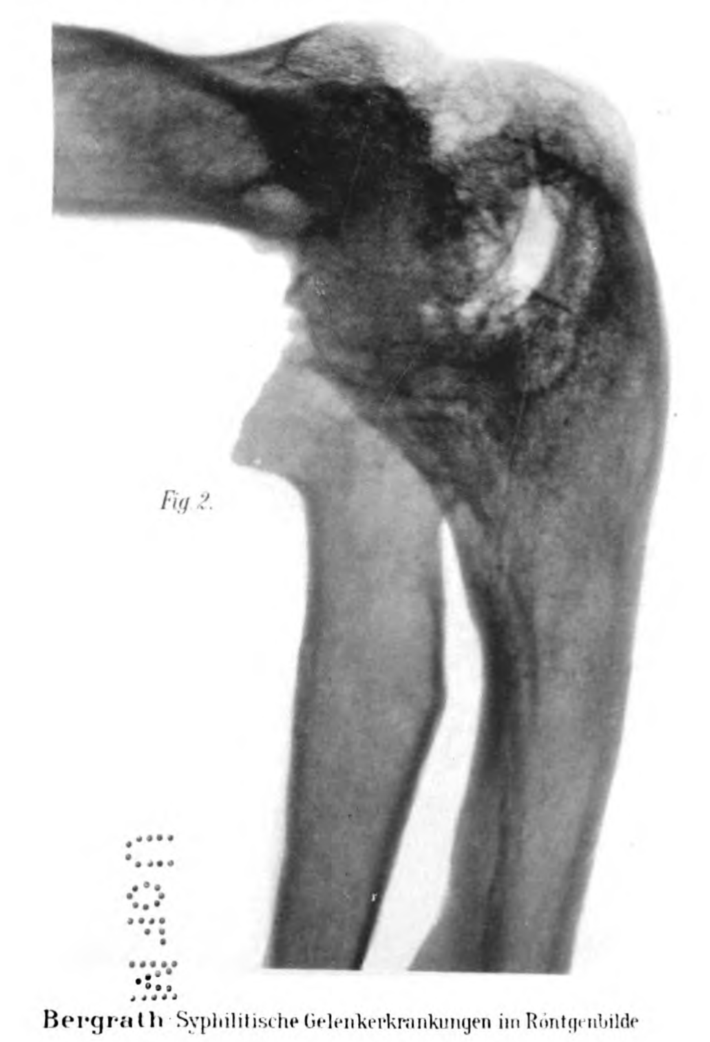
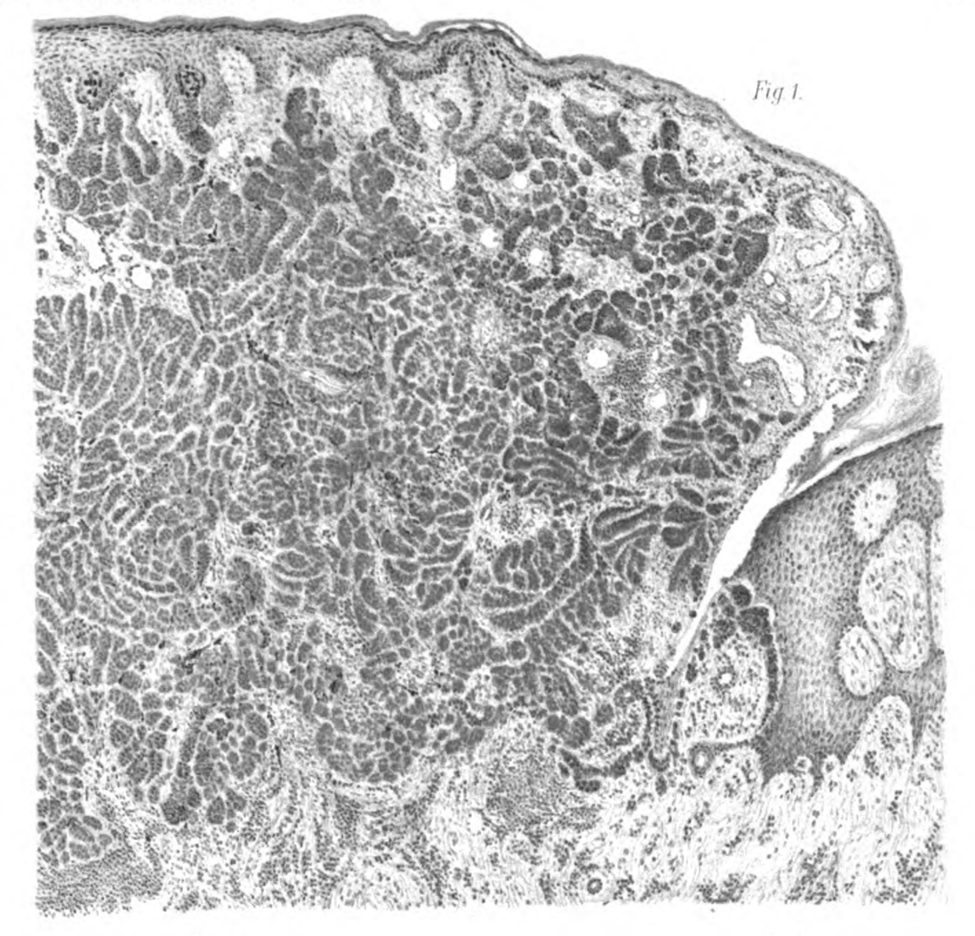
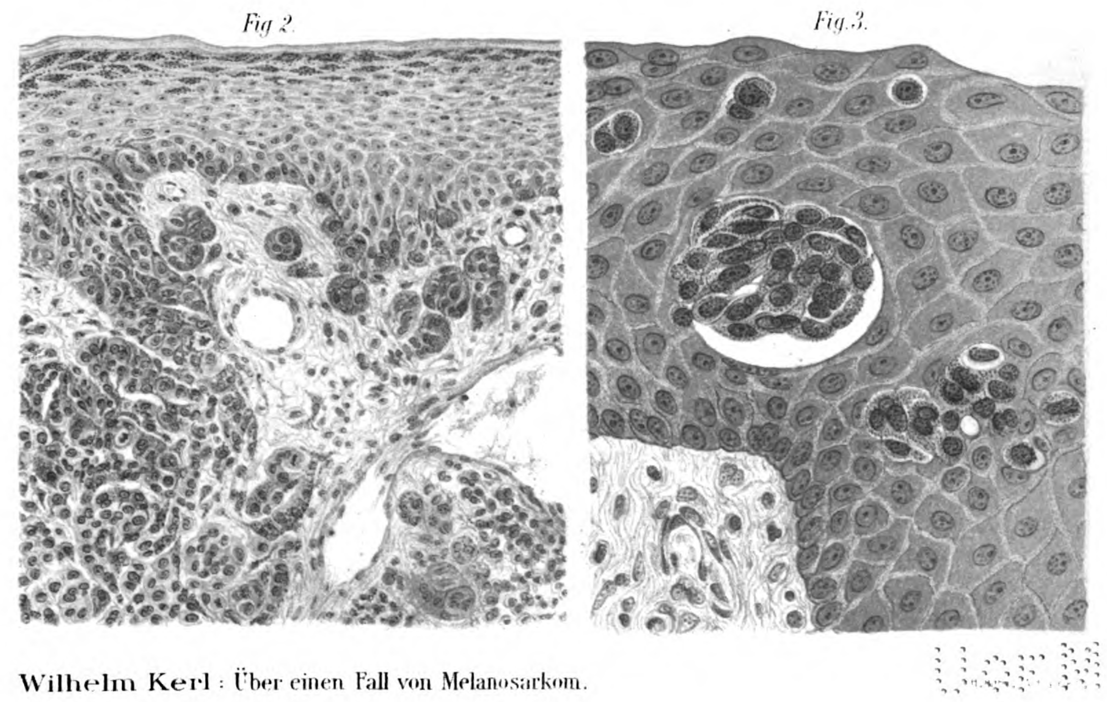


Fig. 2.

Fig. 3.

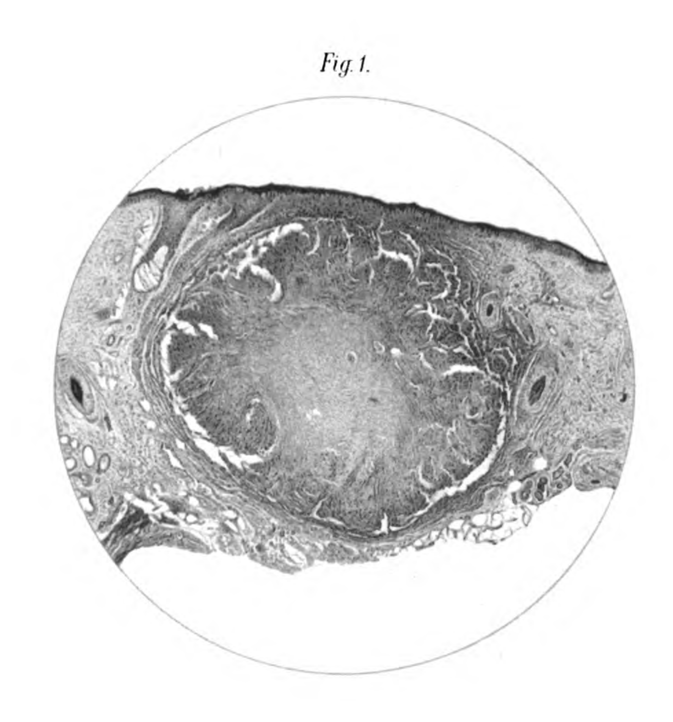
Bergrath: Syphilitische Gelenkerkrankungen im Röntgenbilde





Wilhelm Kerl: Über einen Fall von Melanosarkom.

Fig. 1.



Max Löwenberg: Lupus follicularis disseminat. faciei.





Originalabhandlungen.



Aus der dermatologischen Klinik des städtischen Krankenhauses
zu Frankfurt a. M. (Direktor: Prof. Dr. Karl Herxheimer).

Vergleichende Untersuchungen der Originalmethode nach Wassermann mit den übrigen gebräuchlichen Modifikationen.

Von

Dr. **Fritz Hoehne**, Oberarzt der Klinik, und Dr. **Richard Kalb**, Assistenzarzt der Klinik.

Die Originalmethode nach Wassermann, Neisser und Bruck arbeitet bekanntlich mit 5 verschiedenen Stoffen:

1. mit dem Leberextrakt als Antigen,[1])
2. mit dem Syphilitikerserum als Antikörper,
3. mit dem Meerschweinchenserum als Komplement,
4. mit dem Serum eines mit Hammelblut vorbehandelten Kaninchens als Ambozeptor.
5. mit einer 5%igen Hammelblut-Kochsalzaufschwemmung.

Diese fünf verschiedenen Stoffe, die in der bekannten Anordnung aufeinander einwirken müssen, sind mit Ausnahme des Syphilitikerserums vor Anstellen der Reaktion genau austitriert und man kann mit ihnen praktisch als mit gegebenen Größen rechnen. Zugegeben muß werden, daß diese Methode etwas kompliziert ist, eine Menge Vorarbeiten erfordert und daher nur in der Hand eines damit völlig Vertrauten brauchbare Resultate liefert.

[1]) Die bisher üblichen Bezeichnungen „Antigen", „Antikörper" werden hier, um keine neue Nomenklatur einzuführen, beibehalten, trotzdem ja der Luesleberextrakt wahrscheinlich kein echtes Antigen und daher der im syphilitischen Serum befindliche Stoff kein echter Antikörper ist.



Dazu kommt noch die Schwierigkeit, sich die einzelnen zur Reaktion notwendigen Stoffe in geeigneter Qualität herzustellen und Veränderungen ihrer Wirksamkeit rechtzeitig zu beachten. Besonders die Gewinnung eines brauchbaren Extraktes bietet mancherlei Schwierigkeiten. Am gebräuchlichsten sind wohl Extrakte aus hereditär-luetischen Lebern, einmal wässerige, dann hauptsächlich alkoholische. Wässerige Extrakte sollen zwar sehr wirksam sein, sie haben aber den großen Nachteil, daß sie sich plötzlich ohne sichtliche Ursache verändern, „umschlagen" können. Außerdem besitzen sie meist an und für sich stark hemmende Eigenschaften, so daß man auch bei stark positiver Reaktion oft nicht sicher entscheiden kann, ob die eingetretene Hemmung auf dem Zusammentreffen von Antigen und Antikörper mit dem Effekt der Komplementbindung beruht oder ob der wässerige Extrakt allein eine so stark hemmende Wirkung entfaltet hat. Man ist in diesem Falle nicht berechtigt, die Diagnose auf positiven Wassermann zu stellen, sondern muß, wenn man exakt arbeiten will, das Resultat als zweifelhaft bezeichnen, eben weil der Extrakt allein so stark antikomplementäre Wirkungen gezeitigt hat. Die alkoholischen Extrakte haben sich in dieser Beziehung wesentlich besser bewährt, einmal weil ein alkoholischer Extrakt unbegrenzt lange haltbar ist, dann weil eine so starke, allein hemmende Wirkung desselben in den austitrierten Dosen ziemlich selten vorkommt. Wir verwenden daher prinzipiell nur alkoholische Extrakte und sind mit ihnen recht zufrieden. Jeder Extrakt muß nach Sachs[1]) drei Kardinalforderungen erfüllen: 1. Er muß charakteristisch wirken, d. h. er muß mit luetischen Seris hemmen, und er darf mit Normalseris keine Hemmung geben. 2. Er darf in den verwendeten und doppelten Quantitäten an und für sich (d. h. ohne Patientenserum) im hämolytischen System keinerlei hemmende Wirkungen erkennen lassen. 3. Er darf nicht hämolytisch wirken (d. h. mit Blut ohne Ambozeptor keine Hämolyse hervorbringen). Allerdings glauben einige Untersucher (M. Stern[2]) und andere) von der letzten Forderung absehen zu dürfen,

[1]) Sachs und Altmann. Komplementbindung. Handbuch d. path. Mikroorganismen. Herausgegeben von Kolle und Wassermann. II. Ergänzungsband. 3. Heft.

[2]) Über die Bewertung der unsicheren und „paradoxen" Reaktionen

ohne daß dadurch die Genauigkeit des Versuches beeinflußt würde. Wir möchten an dieser Forderung trotzdem festhalten, da hämolytisch wirkende Extrakte in kleinen Dosen Eigenhemmung geben können, wodurch bisweilen Irrtümer und Fehldiagnosen unterlaufen können. Auf die Wichtigkeit der Extraktverdünnung [Sachs und Rondoni] [1]) muß auch an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hingewiesen werden. Diese Forscher haben festgestellt, daß ein Extrakt wesentlich anders wirkt, je nachdem er rasch oder langsam, „fraktioniert" verdünnt wird. Ein Extrakt, der rasch verdünnt, keinerlei allein hemmende Wirkung zeigt, kann fraktioniert verdünnt so stark allein hemmende Wirkung entfalten, daß dadurch ganz verschiedene Resultate zustande kommen. Im allgemeinen scheint sich die rasche Verdünnung am besten zu empfehlen und wir machen es uns zur Pflicht, stets die gleiche, fast pedantische Verdünnungsweise anzuwenden. Trotzdem ist es nicht immer zu vermeiden, daß man eine Pipette mit zufällig sehr enger Ausflußöffnung benutzt, wodurch unabsichtlich eine langsamere Verdünnung zustande kommen muß. Um diese Fehlerquelle zu erkennen, ist es unbedingt erforderlich, die Extraktkontrolle zu beachten, denn dieser Kontrolle wird man es sofort anmerken, ob eine allein hemmende Wirkung des Extraktes mitspielt. Dazu kommt, daß auch ein sehr brauchbarer Extrakt plötzlich einmal an und für sich hemmen kann. Die Ursache liegt wahrscheinlich in dem differenten Verhalten des Extraktes gegenüber dem individuell verschiedenen Hammelblut und dem individuell verschiedenen Meerschweinchenkomplement. Allein die Extraktkontrolle gibt uns die Möglichkeit, diese unerwünschten Komplikationen zu erkennen und uns vor folgenschweren Irrtümern zu schützen. Man sieht hieraus, wie wichtig es ist, stets und unter allen Umständen bei jeder Versuchsanordnung die Extraktkontrolle mit anzusetzen und sich nicht damit zu begnügen, einen einmal austitrierten Ex-

---

bei der serodiagnostischen Untersuchung der Syphilis. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. 1910.

[1]) Beiträge zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Syphilisreaktionen. (1. Mitteilung. Über den Einfluß der Extraktverdünnung auf die Reaktion.) Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 44.

trakt ohne Extraktkontrolle zur Reaktion zu verwenden. Über die in der letzten Zeit in den Handel gebrachten käuflichen Extrakte besitzen wir keine große Erfahrung. Es schien uns, daß man sich nicht auf die zur Reaktion empfohlenen Dosen unbedingt verlassen kann, da die brauchbaren Mengen in den einzelnen Sendungen schwankten. Wenn die Differenzen im allgemeinen auch nicht sehr große waren, so mußten wir die wirksamen Quantitäten doch bei jeder frischen Flasche erneut austitrieren, wodurch eine Menge Extrakt unnötig verbraucht und derselbe so verhältnismäßig teuer wird. Auch nimmt die Arbeit des Ausprobens ziemlich viel Zeit in Anspruch und es dürfte für größere Institute empfehlenswerter sein, selbst hergestellte Extrakte zu verwenden.

Außer den natürlichen Extrakten aus hereditär-luetischen Lebern werden noch Organextrakte aus Meerschweinchen, Kaninchen, Ochsenherzen, Tumoren etc. und künstlich hergestellte Extrakte verwendet, doch scheinen dieselben nach dem Urteil zahlreicher erfahrener Untersucher (Sachs, Bruck, Plaut u. a.) weit weniger empfindlich zu sein.

Die Gewinnung des Syphilitikerserums bietet kaum irgendwelche Schwierigkeiten. Es wird zwar empfohlen, das zu untersuchende Blut möglichst frisch zu verarbeiten; wir haben uns aber durch vergleichende Untersuchungen überzeugen können, daß es keine großen Unterschiede macht, ob das Blut frisch ist oder ob es erst nach mehreren Stunden, ja selbst Tagen, zur Untersuchung kommt. Bereits inaktivierte Sera werden allerdings am besten möglichst bald verarbeitet, da die Reaktionsfähigkeit derselben langsam, wenn auch nicht in beträchtlichem Grade, abnimmt.

Größere Schwierigkeiten bereitet die Konservierung des Meerschweinchenkomplements; dasselbe verliert seine Wirksamkeit sehr schnell und man geht am sichersten, zu jedem Versuch stets frisch gewonnenes Komplement zu gebrauchen. Das verteuert die Wassermannsche Reaktion recht erheblich, da es nicht möglich ist, übriggebliebenes Komplement an den folgenden Tagen wieder zu verwenden.

Der vom Kaninchen gewonnene Ambozeptor gegen Hammelblut ist sehr lange haltbar und auch die Gewinnung desselben ist ziemlich einfach.



Auch das Hammelblut ist meist leicht zu beschaffen und, im Eisschrank aufbewahrt, mehrere Tage lang gut haltbar und es dürfte genügen, es 2—3 mal wöchentlich frisch zu beschaffen.

Aus dem Gesagten ist ersichtlich, daß die Beschaffung dieser fünf, für die Wassermannsche Reaktion nötigen Stoffe mancherlei Schwierigkeiten und Umständlichkeiten mit sich bringt und die Bestrebungen der Untersucher gingen daher darauf aus, diese Versuchsanordnung möglichst zu vereinfachen.

Der Weg, der hier einzuschlagen war, schien dadurch gegeben, daß in dem zu untersuchenden Patientenserum zwei der für die Wassermannsche Reaktion notwendigen Stoffe häufig vorkommen, nämlich 1. ein Ambozeptor für Hammelblut, der sogenannte Normalambozeptor und 2. das Komplement. Es lag daher nahe, daß 1. Bauer den Vorschlag machte, den im Patientenserum enthaltenen Normalambozeptor an Stelle des künstlich erzeugten Hammelblut-Kaninchen-Ambozeptors zu verwenden, 2. M. Stern sich von der Überlegung leiten ließ, daß das Patientenserum im aktiven Zustande Komplement enthält und daß dieses Komplement an Stelle des Meerschweinchenkomplements verwendet werden kann, 3. Hecht gewissermaßen die Methode von Bauer und Stern, M. kombinierte und einmal den im aktiven Patientenserum enthaltenen Normalambozeptor an Stelle des künstlich erzeugten Hammelblutambozeptors von Kaninchen verwendet, dann das im aktiven Patientenserum vorhandene Komplement an Stelle des Meerschweinchenkomplements benützte.

Bauer arbeitet bei seiner Versuchsanordnung nur mit 4 Stoffen; nämlich:

1. mit dem Leberextrakt als Antigen;
2. dem Patientenserum als Antikörper + Ambozeptor;
3. dem Meerschweinchenserum als Komplement und
4. der Hammelblutkochsalzaufschwemmung.

Er eliminiert also den Hammelblut-Kaninchen-Ambozeptor, dessen Funktion durch den Normalambozeptor im Patientenserum ausgeübt wird. Schon Bruck hat 1906 darauf hingewiesen, daß das Menschenserum Normalambozeptoren für Hammelblut besitzt, aber schon damals hat er davor gewarnt, sich dieses Patientenserums als Ambozeptorträger zu bedienen.



Diese Warnung muß auch heute noch, wo ein großes Untersuchungsmaterial durchgearbeitet ist, als vollständig berechtigt anerkannt werden. -- Der Gehalt der menschlichen Sera an Normalambozeptoren für Hammelblut schwankt individuell in nicht unerheblichen Grenzen. Die Angaben der Autoren über den Normalambozeptorengehalt der menschlichen Sera gehen recht erheblich auseinander. So fand Hecht,[1]) daß unter 325 Sera nur 11 einen teilweisen Mangel an Normalambozeptorgehalt erkennen ließen, während Meirowsky[2]) sogar in 10% der Sera keinen genügenden Ambozeptorgehalt konstatierte. Wir selbst haben 592 Fälle nach Bauer und Wassermann untersucht und dabei in 119 Fällen, d. h. in 20% einen zu geringen Normalambozeptorgehalt gefunden, als daß hierdurch die Hämolyse des hämolytischen Systems vor sich gehen konnte. Man sieht hieraus, wie häufig im menschlichen Serum nicht genügend Normalambozeptor vorhanden ist. Dazu kommt, daß die Sera von Säuglingen überhaupt keinen Normalambozeptor haben. Bauer selbst hat diese schwache Seite seiner Versuchsanordnung erkannt und empfiehlt, in solchen Fällen den fehlenden Ambozeptor durch normales Menschenserum als Ambozeptorträger zu ersetzen. Aber auch dann gelingt es bei einer Anzahl von Seren nicht, die nötigen Ambozeptormengen zur Hämolyse zu erhalten. Wir haben unter unseren 119 ambozeptorarmen Seris trotz Zusatz von Normalserum in 32 Fällen keine Hämolyse in der Kontrolle erhalten können, selbst als wir größere Mengen (bis 0·3 *ccm*) Normalserum hinzufügten. In allen diesen Fällen, d. h. in 32 unter 592 Fällen = 5·4% ist es natürlich unmöglich, zu einem Resultat zu gelangen und man muß das Prinzip Bauers durchbrechen und den Original-Wassermann ausführen. Dabei ist zu bedenken, daß es immerhin mißlich ist, das Normalserum, also wieder einen unbekannten Faktor, in das System hineinzubringen. Besitzt das zum Zusetzen gebrauchte Normalserum zufälligerweise einen sehr großen Ambozeptorgehalt, so kann sich derselbe mit dem

---

[1]) Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1909. Nr. 10.

[2]) Über die von Bauer vorgeschlagene Modifikation der Wassermannschen Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. 1909. p. 152.

Ambozeptorgehalt des Patientenserums summieren und durch diesen enormen Ambozeptorüberschuß vollständige Hämolyse herbeigeführt und so eine positive Reaktion verschleiert werden. Außerdem ist es bei dem Bauerschen Verfahren unmöglich, genaue Extraktkontrollen anzusetzen. Wenn auch der Extrakt mit einer Anzahl von Normalseren keine Hemmung gibt, so beweist es noch gar nichts dafür, daß er nicht mit anderen Normalseris antikomplementär wirkt, weil man bei der wegen des wechselnden Ambozeptorgehaltes differenten Stärke des hämolytischen Systems darüber absolut kein Urteil hat. Es kann daher leicht vorkommen, daß Hemmung der Hämolyse bei Bauer als positive Reaktion diagnostiziert wird, die nur auf Eigenhemmung des Extraktes beruht. Unter unseren 592 nach Wassermann und Bauer untersuchten Fällen fiel die Reaktion in 516 Fällen bei beiden Methoden gleichmäßig aus. In 32 Fällen konnte man nach Bauer zu keinem Resultat gelangen, da der Normalambozeptorgehalt zu gering war und auch beim Zusatz von Normalserum als Ambozeptorträger in der Kontrolle keine Hämolyse erfolgte. 44 Fälle gaben nicht übereinstimmende Resultate. Davon war in 28 Fällen der Bauer positiv bei negativem Wassermann. Es handelte sich hier um einen Fall von Psoriasis (anamnestisch und klinisch kein Luesverdacht), um einen Fall von klinisch sicherem Ulcus molle, um einen Fall von Ulcera incerta, einen Fall von unbehandeltem Primäraffekt, 2 Fälle von unbehandelter und 2 Fälle von energisch behandelter sekundärer Lues, um 1 Fall mit unbehandeltem Tertiärsyphilid, um 1 Fall von Lues III?, um 12 Fälle mit lange nicht behandelter Lues latens, um 4 Fälle mit soeben energisch behandelter Lues latens und um 2 Fälle mit Lues latens?, die nie spezifisch behandelt waren. In 16 Fällen fiel die Bauersche Reaktion negativ aus bei positivem Wassermann. Es waren das 2 Fälle mit unbehandeltem Primäraffekt, 1 Fall mit Lues I?, 2 Fälle mit unbehandelter und 2 Fälle mit behandelter Lues II, 1 Fall mit unbehandelter Lues II—III, 5 Fälle mit langer Zeit unbehandelter Lues latens und 3 Fälle mit kürzlich energisch bebandelter Lues latens. (Siehe Tabelle I.)



Tabelle I.

Bauer positiv, Wassermann negativ			Bauer neg., Wassermann pos.
	Diagnose	Zahl der Fälle	Zahl der Fälle
Lues klinisch und anamnestisch auszuschließen	Psoriasis	1	.
	Ulcus molle	1	.
Verdacht auf Lues	Ulcera incerta	1	.
	Lues I ?	.	1
	Lues III ?	1	.
	Lues latens?	2	.
Lues sichergestellt	Lues I (unbehandelt) .	1	2
	Lues II (unbehandelt) .	2	2
	Lues II (soeben energisch behandelt) . .	2	2
	Lues III (unbehandelt) .	1	.
	Lues II—III	.	1
	Lues latens (unbeh.) . .	12	5
	Lues latens (soeben behandelt)	4	3
	Summa	28	16

22 Sera, die nach Bauer positiv reagierten oder bei denen man nach Bauer zu keinem Resultat kommen konnte, haben wir in Bezug auf ihren Normalambozeptorgehalt austitriert. Von diesen Fällen wiesen 18 die Diagnose Lues latens auf. Zur Kontrolle wurden im ganzen 22 Normalsera, die im Bauerschen Versuch keinen Ambozeptormangel erkennen ließen, bezüglich ihres Normalambozeptorgehaltes untersucht.

Aus Tabelle II ist ersichtlich, wie wechselnd der Ambozeptorgehalt der einzelnen Sera ist. Während z. B. das Serum Nr. 170 schon in 0·012 *ccm* genügend Ambozeptor zur vollständigen Hämolyse besitzt, enthält das Serum Nr. 22 nicht einmal in 0·1 *ccm*, d. h. in etwa 10facher Menge genügend Ambozeptor zur vollständigen Hämolyse. Wenn auch zu vermuten war, daß bei einer nach Bauer fraglichen Reaktion, d. h. bei unvollständiger Hämolyse in der Kontrolle der Ambozeptor sehr gering sein wird, so konnte man sich durch Aus-

titrierung und durch Paralelluntersuchung von Kontrollseren annähernd zahlenmäßig von diesen Verhältnissen überzeugen.

Tabelle II.

22 Fälle, die nach Bauer positiv oder fraglich reagierten bei negativem Wassermann				22 Kontrollfälle, die nach Bauer und Wassermann negativ reagierten		
Es sind zur Hämolyse erforderlich vom				Es sind zur Hämolyse erforderlich vom		
Serum Nr.	Diagnose	Reaktionsausfall	ccm	Serum Nr.	Diagnose	ccm
22	Σ lat.?	?	0·1[1])	16	Diagnose	0·015
29	Σ lat.	?	0·1[1])	26	Ulc. incert.	0·015
31	Σ lat.	?	0·1[1])	34	Ulc. incert.	0·015
74	Σ lat.	+	0·015	70	Ulc. incert.	0·015
84	Σ lat.	+	0·065	82	Ulc. molle	0·015
93	Σ lat.	+	0·015	101	Ulc. incert.	0·03
119	Σ lat.	?	0·1[1])	116	Gonorrhoe	0·06
159	Σ lat.	+	0·1[1])	184	Phimossis	0·03
168	Σ lat.	+	0·012	170	Σ I	0·012
176	Σ III?	+	0·1[1])	190	Σ I	0·015
179	Σ lat.	?	0·1[1])	182	Gonorrhoe	0·06
200	Σ lat.	+	0·03	206	Σ I	0·015
245	Σ lat.	+	0·03	222	Σ I	0·06
247	Ulc. incert.	?	0·1[1])	239	Σ I	0·06
254	Fluor albus	?	0·015	249	Σ I	0·015
299	Σ lat.	?	0·1[1])	303	Neurodermitis	0·015
318	Σ lat.?	+	0·1[1])	320	Ulc. molle	0·015
331	Σ lat.	?	0·1[1])	322	Σ lat.	0·03
332	Σ lat.	?	0·06	329	Ekzem	0·03
333	Σ lat.?	?	0·1[1])	334	Σ lat.?	0·03
353	Σ lat.	+	0·015	347	Fluor albus	0·03
358	Σ II	+	0·015	357	Ulcera mixta	0·03

Daß diese nach Bauer fraglichen Sera trotz Zusatz großer Mengen von Normalserum (bis 0·3 *ccm*) keinen eindeutigen Ausschlag gaben, kann einmal daran liegen, daß diese Normalsera zufälligerweise auch nicht ambozeptorreich sind, dann auch daran, daß die menschlichen Sera in den verwendeten Mengen Eigenhemmung bewirken. Darauf, daß ein vollständig einwandfreier Extrakt bei der wegen des wechselnden Ambozeptorgehaltes differenten Stärke des hämolytischen Systems antikomplementär wirken kann, ist bereits hingewiesen worden.

[1]) Nur teilweise, nicht komplette Hämolyse.

Wenn die Zahl der Sera, deren Ambozeptorgehalt austitriert wurde, auch ziemlich klein ist, so daß man allgemein gültige Sätze daraus nicht ableiten kann, so ist es doch auffallend, daß gerade die Fälle, die im Gegensatz zu Wassermann nach Bauer positiv reagierten, zum großen Teil einen relativ recht geringen Normalambozeptorgehalt besaßen. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß in diesen Fällen der Normalambozeptorgehalt gerade noch ausreichte, die Kontrolle zu lösen, aber nicht mehr im Stande war, bei Gegenwart von Antigen die Hämolyse hervorzurufen. Daß die Bauersche Versuchsanordnung gerade bei Lues latens mehr positive Resultate zeitigt wie der Wassermann, kann vielleicht in dem herabgesetzten Ambozeptorgehalt seine Ursache haben.

Wir sehen, daß die Bauersche Modifikation in den meisten Fällen ohne künstlichen Ambozeptor auskommt. Dieser Vorteil ist nicht sehr groß, da gerade die Herstellung und Konservierung des künstlichen Ambozeptors keinerlei Schwierigkeiten bereitet.

Diesem Vorteil stehen wichtige Nachteile gegenüber:

1. der individuell schwankende Gehalt der menschlichen Sera an Normalambozeptor,

2. die Unmöglichheit, exakte Extraktkontrollen anzusetzen,

3. der Umstand, daß in einer Anzahl von Fällen (nach unseren Untersuchungen in 5·4%) die Bauersche Methode nicht zum Ziele führt, und der Original-Wassermann ausgeführt werden muß, mithin die doppelte Arbeitszeit für die Untersuchung eines Serums verwendet wird.

M. Stern läßt sich von der Überlegung leiten, daß das Patientenserum außer dem Ambozeptor auch das Komplement enthält, und sie schlägt vor, sich dieses Komplementes an Stelle des sonst üblichen Meerschweinchenkomplements zu bedienen. Sie verwendet also die Sera aktiv. Diese Versuchsanordnung bedeutet eine recht erhebliche Vereinfachung und Verbilligung des ganzen Verfahrens, denn das Meerschweinchenserum ist schwer zu konservieren und daher ziemlich teuer. Die Vereinfachung der Reaktionsanordnung nach M. Stern besteht darin, daß das Meerschweinchenkomplement fortgelassen und das im aktiven Patientenserum vorhandene Komplement



benutzt wird. Sie arbeitet ebenfalls nur mit 4 verschiedenen Stoffen, nämlich:

1. dem Leberextrakt als Antigen,

2. dem aktiven Patientenserum als Antikörper + Komplement,

3. dem künstlich erzeugten Hammelblut-Kaninchen-Ambozeptor, und

4. der Hammelblutkochsalzaufschwemmung.

Um dem individuell schwankenden Komplementgehalt der menschlichen Sera Rechnung zu tragen, bedient sich M. Stern[1]) eines großen Ambozeptorüberschusses (10—12 Ambozeptoreinheiten), denn es ist bekannt, daß Komplement und Ambozeptor zu einander gewisse Wechselbeziehungen besitzen und sich bei der Hämolyse bis zu einem gewissen Grade vertreten können. Das Komplement soll nach Hecht nur in 1—2% fehlen. Andere Autoren (Jacobaeus und Backmann, Kathe[2]) u. a.) berichten über Schwankungen und inkonstantes Vorkommen des Komplements. Wir selbst haben 75 Sera hinsichtlich ihres Komplementgehaltes untersucht, und fanden, daß bei einer Anzahl von Seris, nicht einmal 0·2 *ccm* aktives Serum genügend Komplement zur kompletten Hämolyse enthielten, während in anderen Fällen dieser Effekt schon durch 0·01 *ccm* erzielt wurde. Die Zahl der Sera, die in 0·2 *ccm* zu wenig Komplement zur vollständigen Hämolyse besaßen, betrug 7 unter 75, d. h. 9%. Man sieht hieraus, wie sehr der Komplementgehalt der menschlichen Sera entgegen den Angaben von Hecht und König schwankt; in unseren allerdings nicht zahlreichen Fällen genügte als Minimalmenge der Komplementgehalt von 0·01 *ccm* Serum zur vollständigen Hämolyse, während andere Sera nicht einmal in 0·2 *ccm*, d. h. in der 20fachen Menge einen zur Hämolyse genügenden Komplementgehalt besaßen. Wie groß der Komplementgehalt der einzelnen Sera war, ist aus Tabelle III ersichtlich. Bei der Sternschen Reaktionsanordnung müssen die

---

[1]) Über verschiedene Modifikationen der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. Band IV. Heft 1/2.

[2]) Nach einem Vortrag im Verein der Ärzte in Halle a/S. Münchener med. Wochenschr. 1910. p. 825.



Tabelle

						Kontrollfälle				
Nr.	Diagnose	Wassermann	Stern	Hecht	Austitrierung d. Kompl. Wie viel aktiv. Serum war z. Hämol. erford.	Nr.	Diagnose	Wassermann	Stern	Hecht	Austitrierung d. Kompl. Wie viel aktiv. Serum war z. Hämol. erford.
					ccm						ccm
20	Σ lat.?	—	+	.	0·1	21	Σ II?	—	—	.	0·1
29	Σ lat.	—	+	.	0·06	30	Ulc. incertum	—	—	.	0·06
74	Σ lat.	—	+	.	0·06	63	Σ I	—	—	.	0·1
76	Σ I	—	+	.	0·06						
88	Σ lat.	—	+	.	0·2[1])	78	Ulcus molle	—	—	.	0·06
93	Σ lat.	—	+	.	0·06						
108	Σ II	—	+	.	0·03						
97	Σ II	—	+	.	0·06						
95	Σ lat.	—	+	.	0·1						
100	Σ II.	—	+	.	0·1						
119	Σ lat.	—	—	+	0·06	116	Gonorrhoe	-	—	—	0·06
120	Σ lat.	—	+	+	0·1	117	Σ I	—	—	—	0·06
121	Σ III?	—	—	+	0·1						
124	Σ lat.	—	+	+	0·06	129	Ulc. incert.	—	—	—	0·06
127	Σ I	-	—	+	0·06						
128	Lupus erythem.	—	—	+	0·06						
133	Σ lat.	—	+	+	0·03	138	Σ lat.	—	—	—	0·03
141	Σ lat.	—	—	+	0·06						
142	Psoriasis	—	+	+	0·1						
144	Σ II	—	+	+	0·1						
159	Σ lat.	—	—	+	0·1[1])	152	Ekzem	—	—	—	0·03
156	Σ lat.	-	+	+	0·1						
166	Lupus	—	+	.	0·2[1])	170	Σ I	—	—	—	0·06
167	Σ III?	—	+	+	0·1[1])						
168	Σ lat.	-	+	.	0·06						
169	Σ lat.	-	+	.	0·2						
171	Σ II	—	+	.	0·1						
175	Σ?	—	—	+	0·1						
189	Σ I?	—	+	+	0·2	188	Ulc. incert.	—	—	—	0·1
210	Σ lat.	—	+	+	0·03	208	Σ lat.	—	—	—	0·03

[1]) Unvollständige Hämolyse.

III.

Nr.	Diagnose	Wassermann	Stern	Hecht	Austitrierung d. Kompl. Wie viel aktiv. Serum ist z. Hämol. erford.	Kontrollfälle Nr.	Diagnose	Wassermann	Stern	Hecht	Austitrierung d. Kompl. Wie viel aktiv. Serum ist z. Hämol. erford.
					ccm						
218	Σ lat.	—	+	+	0·2	225	Psoriasis	—	—	—	0·1[1])
219	Fluor alb.	—	—	+	0·1						
222	Σ lat.	—	+	+	0·2[1])						
227	Ulc. mixta	—	+	+	0·2[1])						
245	Σ lat.	–	+	+	0·1	236	Gonorrhoe	—	—	—	0·06
246	Furunkul.	—	+	+	0·1						
248	Ulc. inc.	—	?	?	0·2[1])						
254	Fluor alb.	—	—	+	0·06						
305	Σ lat.	—	+	+	0·2[1])	307	Ekzem	—	—	—	0·06
306	Σ II	—	+	+	0·06						
318	Σ lat.?	—	+	?	0·06	320	Ulcus molle	—	—	—	0·06
358	Σ II	—	—	+	0·03	350	Ulcus molle	—	—	—	0·03
457	Σ lat.	—	—	+	0·01	458	Ulcus molle	—	—	—	0·03
459	Ulc. molle	—	+	—	0·01						
462	Σ lat.	—	+	+	0·1		Tuberculosis pulmonum	—	—	—	0·03
464	Tub. pul.	—	+	+	0·2[1])						
468	Ulc. inc.	—	+	+	0·1						
469	Σ lat.	—	+	+	0·1						
470	Σ II	—	+	+	0·03						

[1]) Unvollständige Hämolyse.

Sera aktiv verwendet werden. Nach den Untersuchungen von Sachs und Altmann ist es bekannt, daß der Prozeß des Inaktivierens, d. h. das halbstündige Erhitzen der Sera auf 55° die Reaktionsfähigkeit derselben wesentlich beeinträchtigt. Trotzdem haben diese Autoren davor gewarnt, aktive Sera zur Wassermannschen Reaktion zu verwenden, da es sich durch zahlreiche, vergleichende Untersuchungen herausgestellt hat, daß aktive Sera in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz unspezifische Hemmungen geben. Diese Angaben sind von zahlreichen Untersuchern (Halberstädter, Plaut, Swift, Boas[1]) u. a.) bestätigt worden, und es ermangelt mithin die Reaktionsanordnung bei Verwendung aktiver Sera der klinischen Spezifität. Wir selbst haben 379 Fälle in Paralleluntersuchungen mit dem Original-Wassermann (inaktiv) und im aktiven Zustande untersucht. Darunter sind 92 Fälle, bei denen klinisch und anamnestisch Lues auszuschließen war. Diese 92 Falle haben sämtlich im inaktiven Zustand negativ reagiert, aktiv gaben 21 von ihnen, d. h. 22·8% positiven Reaktionsausschlag. Die Einzelheiten sind aus Tabelle IV zu ersehen. Also können auch wir bestätigen, daß sicher nichtluetische Patienten in recht erheblichem Prozentsatz positiv reagieren, sobald ihr Serum aktiv zur Untersuchung gelangt, während dieselben Seren im inaktiven Zustande keinen positiven Reaktionsausschlag erkennen ließen. Die übrigen 287 Sera stammten zum Teil von manifesten Luetikern, zum Teil von Personen, bei denen Lues nicht auszuschließen war. In 225 von 287 Fällen, d. h. in 70%, stimmte die Reaktion bei aktiven und inaktiven Seren überein. In 62 Fällen, d. h. in 21%, waren die Resultate verschieden. Dabei fiel in 60 Fällen die Reaktion bei Verwendung aktiver Sera positiv, beim Gebrauch inaktiver Sera negativ aus. Hierzu gehörten 26 Fälle von Lues latens, 6 Fälle von Lues I, 1 Fall mit Lues I?, 9 Fälle mit Lues II, 1 Fall von Lues ?, 2 Fälle von Ulcera minta, 2 Fälle von Ulcera incerta, 4 Fälle mit Ulcera mollia und 9 Fälle mit Fluor albus und Gonorrhoe bei Prostituierten. In einem Fall von Lues latens und in einem Fall von Lues I fiel die Reaktion umgekehrt aus, d. h. Original-

[1]) Die Wassermannsche Reaktion bei aktiven und inaktiven Seren. Berliner klin. Wochenschrift 1909. Nr. 9. p. 400.

Tabelle IV.

Nr.	Diagnose	Ausfall d.Reak. b. Anw. von: inakt. Ser. Orig. Wass.	Ausfall d.Reak. b. Anw. von: aktivem Serum	Nr.	Diagnose	Ausfall d.Peak. b. Anw. von: inakt. Ser. Orig. Wass.	Ausfall d.Peak. b. Anw. von: aktivem Serum
216	Ekzem	—	+	687	Gonorrhoe	—	—
225	Psoriasis	—	—	688	"	—	—
246	Furunkulose	—	+	689	"	—	—
308	Neurodermitis	—	—	690	"	—	—
307	Ekzem	—	—	691	"	—	—
329	"	—	—	692	"	—	—
343	Gonorrhoe	—	—	721	"	—	—
370	"	—	—	722	"	—	—
374	Erosionen	—	—	723	"	—	—
398	Mitralinsuffizienz	—	—	724	Polyarthrit. rheum.	—	—
388	Psoriasis	—	—	731	Myodegener. cordis	—	+
413	Skarlatina abgeheilt	—	+	732	Gonorrhoe	—	—
464	Tuberculos. pulmon.	—	—	733	"	—	—
465	"	—	—	734	"	—	—
466	Mitralinsuffizienz	—	—	735	"	—	—
467	Normaler Partus	—	—	736	"	—	—
502	Tuberculos. pulmon.	—	—	740	Tuberculos. palmon.	—	+
498	Normaler Parrus	—	—	741	Gonorrhoe	—	+
508	Bronchopneumonie	—	—	742	"	—	+
526	Anämie	—	+	743	"	—	—
554	Normales Partus	—	—	744	"	—	—
568	Gonorrhoe	—	—	749	"	—	—
570	Psoriasis	—	—	750	Eczema seborrhoic.	—	+
571	"	—	+	751	Condylom. accum.	—	+
572	"	—	—	752	Pityriasis rosea	—	—
573	"	—	—	753	Ekzem	—	—
592	Pneumonie (saniert)	—	—	754	Psoriasis	—	—
604	Ekzem	—	—	685	Pneumonie abgeh.	—	—
605	Gonorrhoe	—	—	745	Gonorrhoe	—	—
609	Vitium cordis	—	—	241	"	—	+
622	Nephritis (saniert)	—	—	765	Pneumon. abgeheilt	—	+
641	Tuberculos. pulmon.	—	—	766	Tubercul. pulmon.	—	—
653	Drüsentuberkulose	—	—	767	Asthma bronchiale	—	—
654	Tuberculos. pulmon.	—	—	768	Hysterie	—	—
655	Ekzem	—	—	772	Skabies	—	—
656	Psoriasis	—	—	773	Ekzem	—	—
657	Ekzem	—	—	774	Lupus	—	—
658	Lupus	—	—	775	Skabies	—	—
659	Ekzem	—	+	776	Ekzem	—	—
660	Lupus	—	—	777	Furunkulose	—	—
672	Ekzem	—	—	784	Gonorrhoe	—	+
673	Dermatit. arteficial.	—	+	785	"	—	+
674	Furunkulose	—	+	786	"	—	+
675	Ekzem	—	—	788	"	—	—
676	"	—	+	789	"	—	—
686	Sepsis	—	—	790	Myodegen. cordis	—	+



methode mit inaktivem Serum reagierte positiv, während die aktiven Sera negativ reagierten. Wir sehen hieraus, daß die positiven Reaktionsausschläge beim Gebrauch aktiver Sera viel häufiger sind, als bei Verwendung inaktiver Sera, daß die Reaktion mithin bei diesem Verfahren empfindlicher „feiner" wird. Dabei darf man aber nicht übersehen, daß aktive Sera von Personen, welche sicher nie an luetischen Krankheiten gelitten haben, in einem erheblichen Prozentsatz (nach unseren Untersuchungen 22·8%) positiv reagieren, daß also die Reaktionsanordnung bei Verwendung aktiver Sera der klinischen Spezifität ermangelt. Man ist daher wohl unzweifelhaft verpflichtet, alle Resultate mit größter Vorsicht zu bewerten, die durch Versuchsanordnungen gewonnen sind, welche mit aktiven Seris arbeiten.

Wir haben 492 Fälle parallel nach Wassermann und Stern untersucht. Die betreffenden Patienten wurden in der Regel morgens venäpunktiert, ihr Serum gelangte noch an demselben Vormittag zur Verarbeitung. In einigen wenigen Fällen mußte der Aderlaß Abends vorgenommen werden, so daß das Blut, auf Eis aufbewahrt, erst am nächsten Morgen untersucht werden konnte. Von diesen 492 Fällen ergaben 386 nach Wassermann und Stern die gleichen Resultate. Bei 106 war der Ausfall der Reaktion mit beiden Methoden verschieden. In 10 von diesen 106 Fällen war die Kontrolle nicht gelöst und das Resultat mußte daher nach der Sternschen Versuchsanordnung als fraglich bezeichnet werden. Nach Wassermann gaben alle diese 10 Fälle eindeutige Reaktionsausschläge. Die übrigen 96 Fälle mit nach Stern und Wassermann verschiedenen Resultaten waren z. T. sichere Luesfälle, z. T. luesverdächtige Fälle, z. T. sichere Normalfälle, bei denen Lues auszuschließen war. Aus der Tabelle V ist ersichtlich, daß mit der Sternschen Methode ein positiver Reaktionsausschlag wesentlich häufiger zu erzielen ist. Auffallend erscheint es, daß hauptsächlich bei Lues latens erheblich mehr positive Resultate mit dieser Versuchsanordnung herauskommen. Diese Patienten mit Lues latens waren ebenso wie die mit Lues II teilweise recht energisch behandelt, so daß der Wassermann bereits in die negative Reaktion umgeschlagen war.

Tabelle V.

Diagnose	Zahl der Fälle	Wassermann	Stern	
Σ I	4	—	+	Lues sichergestellt
Σ I	1	+	—	
Σ II behandelt und unbehandelt	15	—	+	
Σ II behandelt und unbehandelt	4	+	—	
Σ III	1	—	+	
Σ lat.	32	—	+	
Σ lat.	4	+	—	
Σ I ?	1	—	+	Verdacht auf Lues
Σ lat. ?	3	—	+	
Σ III ?	1	—	+	
Σ ?	2	—	+	
Ulcera incerta	3	—	+	
Tonsillitis ulcerosa	2	—	+	
Ulcus molle	3	—	+	
Gonorrhoe[1])	1	—	+	
Fluor albus[1])	3	—	+	
Furunkulose	1	—	+	Lues klinisch und anamnestisch ausgeschlossen
Lupus	1	—	+	
Psoriasis	2	—	+	
Tuberculosis pulmonum (Kinder)	3	—	+	
Pneumonie (abgelaufen), Kind	2	—	+	
Gonorrhoe (Männer)	5	—	+	
Myodegeneratio cordis	1	—	+	
Ekzem	1	—	+	
Summa	96			

Besonders hervorgehoben zu werden verdient es, daß bei sämtlichen 3 Patienten mit Ulcera mollia die Sternsche Reaktion positiv ausfiel, trotzdem Anhaltspunkte für Lues auch im späteren Verlauf sich nicht ergeben haben. Ausdrücklich müssen wir auf die Normalfälle aufmerksam machen. Die Patientinnen mit Gonorrhoe und Fluor albus rechnen wir natürlich nicht hierher, da bei ihnen als Prostituierten trotz Fehlens aller anamnestischer Daten und klinischer Erscheinungen Lues latens nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Wir haben 99 Normalfälle mit beiden Methoden untersucht, bei denen Lues mit Sicherheit auszuschließen war, und die uns von den

[1]) Bei Prostituierten.

verschiedensten Abteilungen des Krankenhauses in bereitwilligster Weise zur Verfügung gestellt wurden. Diese Patienten litten an Ekzem, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Myodegeneretio cordis, Furunkulose, abgeheilter Pneumonie, chronische Sepsis, Gonorrhoe, Tuberculosis pulmonum, Pityriasis rosea, Psoriasis, Bronchopneumonie, Sycosis vulgaris, Neurodermitis, Anämie, Nephritis, Drüsentuberkulose etc. Von diesen 99, sicher nicht Luetischen reagierten 16 = 16·2% nach Stern positiv, während der Wassermann überall negativ ausfiel. Das ist sicherlich ein recht hoher Prozentsatz, der uns zur äußersten Vorsicht mahnen muß. Wir dachten daran, daß vielleicht der Komplementgehalt der Sera, die bei negativem Wassermann nach Stern positiv reagierten, ein besonders kleiner ist. Aus Tabelle III ist ersichtlich, daß in der Tat der Komplementgehalt dieser Sera nicht groß ist. Nach dieser Tabelle ist in den Seris, die bei negativem Wassermann nach Stern oder Hecht (siehe später) positiv reagierten, die zur Hämolyse notwendige Komplementmenge durchschnittlich etwa erst in 0·1 *ccm* Seren enthalten, während die Kontrollsera die nötige Komplementmenge bereits in durchschnittlich 0·06 *cm* enthielt. Doch ist diese Differenz wohl nicht von so großer Bedeutung, außerdem kommt bei M. Stern der gewaltige Ambozeptorüberschuß als ausgleichende Maßnahme hinzu, so daß der Grund für die häufigeren positiven Ausschläge bei der Sternschen Methode hierin nicht oder nicht allein zu suchen ist. Ob allerdings ein sehr großer Komplementmangel, wie wir ihn in einigen Fällen beobachtet haben, durch einen noch so großen Ambozeptorüberschuß paralysiert werden kann, erscheint doch fraglich. Am wahrscheinlichsten ist es wohl, daß die größere Empfindlichkeit der Sternschen Methode darauf beruht, daß die Sera nicht inaktiviert worden sind. Denn es ist bekannt, daß der Prozeß des Inaktivierens die Reaktionsfähigkeit der Sera wesentlich beeinträchtigt, und aus Tabelle IV ist ersichtlich, daß aktive Sera bei sicher nicht Luetischen selbst in dem Verfahren nach Wassermann häufig positive Ausschläge geben. Wir möchten uns daher der Ansicht von Sachs und Altmann anschließen, daß der Grund für die größere Empfindlichkeit der Sternschen Methode eben in der Verwendung



aktiver Sera beruht. Welche Gefahren das Arbeiten mit aktiven Seren in sich schließt, ist bereits oben ausdrücklich hervorgehoben. Dazu kommt, daß man bei der Sternschen Methode ebenso wie bei Bauer keine exakten Extraktkontrollen besitzt, und daher nie sicher ist, ob eine eingetretene Hemmung nicht auf Alleinhemmung des Extraktes beruht. Daß diese Methode eine Vereinfachung der Originalmethode bedeutet, davon ist Stern selbst zurückgekommen. Ob diese Methode eine Verfeinerung bedeutet, erscheint uns nach dem oben Angeführten fraglich. Daß man mit dieser Methode wesentlich mehr positive Ausschläge erhält, ist zweifellos; leider erhält man diese positiven Ausschläge aber auch bei Normalseris. Wenn M. Stern[1]) neuerdings selbst empfiehlt, ihre Methode nur neben dem Wassermann auszuführen, so ist das doch ein sicheres Zeichen, daß auch sie der Spezifität ihrer Methode nicht so ganz sicher zu sein scheint. Auch Halberstädter hält die Verwendung aktiver Sera für einen Nachteil dieser Modifikation, und Meirowsky empfiehlt die Sternsche Methode nur neben dem Wassermann. Er scheint also zur Spezifität derselben auch kein rechtes Zutrauen zu haben.

Gewissermaßen eine Kombination der Bauerschen und der Sternschen Methode stellt die Hechtsche Methode dar. Hecht geht von der Überlegung aus, daß das menschliche Serum einmal einen Normalambozeptor für Hammelblut enthält, dann im aktiven Zustande das Komplement. Hecht schlägt daher vor, diese beiden normalerweise im menschlichen Serum enthaltenen Komponenten zu benutzen, und er gebraucht daher für seine Reaktionsanordnung nur 3 verschiedene Stoffe:

1. den Leberextrakt als Antigen,

2. das aktive Patientenserum, das den Antikörper und Ambozeptor und das Komplement enthält, und

3. die Hammelblutkochsalzaufschwemmung.

Es stellt mithin diese Versuchsanordnung eine sehr wesentliche Vereinfachung des Wassermannschen Verfahrens dar. Wir haben 514 Sera nach Wassermann und Hecht

[1]) Über die Bewertung der unsicheren und „paradoxen" Reaktionen bei der serodiagnostischen Untersuchung der Syphilis. Zeitschr. f. Immunitätsforschung u. experim. Therapie. 1910.

untersucht. Von diesen 514 Fällen stimmten 370 mit beiden Methoden überein. In 144 Fällen war der Ausfall der Reaktion bei beiden Methoden nicht der gleiche. Darunter waren 19 Fälle, bei denen man trotz Zusetzens von Normalserum (bis 0·2 *cm*) als Hämolysinträger[1]) in den Kontrollen keine vollständige Hämolyse mit dem Hechtschen Verfahren erzielen konnte, und die wir deshalb als fraglich bezeichnen mußten; wir sehen mithin, daß in 19 von 514 Fällen, d. h. in 3·7% die Hechtsche Anordnung versagt. Der Grund dafür dürfte darin zu suchen sein, daß auch die zum Zusetzen gebrauchten Normalsera zufälligerweise keinen großen Hämolysingehalt besaßen. Diese 19 Fälle setzen sich zusammen aus 1 Fall von Furunkulose, 1 normalen Partus, 7 Fällen mit Lues latens, 1 Fall von Lues II, 1 Fall von Lues II?, 1 Fall von Ulcus incertum und 1 Fall von Gonorrhoe (Prostituierte), alle mit negativem Wassermann. Hierzu kommen ein Fall von Lues I, 1 Fall von Lues II, 3 Fälle von Lues lat. und 1 Fall von Lues hereditaria, alle mit positivem Wassermann. In 125 Fällen war der Reaktionsausfall nach Wassermann negativ und nach Hecht positiv oder umgekehrt. In Tabelle VI sind diese Fälle übersichtlich zusammengestellt. Ein Blick auf die Tabelle zeigt, daß in diesen 125 nicht übereinstimmenden Fällen in der erdrückenden Mehrzahl die Hechtsche Reaktion positiv ausgefallen ist bei negativem Wassermann. Wenn man dabei die Fälle betrachtet, in denen Lues sichergestellt ist, und diejenigen, bei denen überhaupt Verdacht auf Lues besteht, so könnte es scheinen, daß die Hechtsche Reaktion empfindlicher wie der Wassermann ist, wie es ja auch Hecht, König und Werther angeben. Zugegeben muß werden, daß nach dieser Tabelle bei Lues und Luesverdacht der Hecht fast stets positive Ausschläge gibt; dabei muß es doch aber schon stutzig machen, daß in der Kolonne, die die luesverdächtigen Fälle aufweist, stets der Hecht positiv und der Wassermann negativ ist, und niemals das umgekehrte Resultat verzeichnet steht. Wir haben, um dieses auffällige Verhalten zu klären, 99 Normalfälle mit beiden Methoden untersucht, d. h. Patienten, bei den Lues auf Grund klinischer und anamnestischer Er-

[1]) Hämolysin = Ambozeptor + Komplement.

hebungen ausgeschlossen werden konnte. Von diesen 99 sicher nicht Luetischen, die alle negativen Wassermann aufweisen, reagierten 23, d. h. 23·2% positiv nach Hecht. Es ist dieses ein sehr hoher Prozentsatz. Auch Kathe fand schon unter 11 Seris eins, das mit allen anderen Methoden und Wassermann negativ reagierte, nach Hecht eine wenn auch nicht vollständige, so doch partielle Hemmung ergab. Dagegen fand König kein einziges Normalserum, das nach Hecht positiv reagierte.

Tabelle VI.

Diagnose	Zahl der Fälle	Wassermann	Hecht	
Σ I	9	—	+	Lues sichergestellt
Σ II (behandelt und unbehandelt)	17	—	+	
Σ II (behandelt und unbehandelt)	4	+	—	
Σ III	1	—	+	
Σ lat.	42	—	+	
Σ lat.	5	+	—	
Σ I ?	4	—	+	Verdacht auf Lues
Σ II ?	1	—	+	
Σ III ?	2	—	+	
Σ ?	3	—	+	
Ulcera incerta	5	—	+	
Tonsillitis ulcerosa	2	—	+	
Gonorrhoe[1])	3	—	+	
Fluor albus[1])	4	—	+	
Lupus erythematodes	1	—	+	Lues klinisch und anamnestisch ausgeschlossen
Psoriasis	4	—	+	
Furunkulose	1	—	+	
Lupus	1	—	+	
Gonorrhoe (männlich)	6	—	+	
Tuberculosis pulmonum (Kinder)	3	—	+	
Anämie	1	—	+	
Ekzem	2	—	+	
Dermatitis arteficialis	1	—	+	
Condylomata acuminata	1	—	+	
Pneumonie	1	—	+	
Myodegeneratio cordis	1	—	+	
Summa	125			

Da die Hechtsche Methode z. T. die Modifikationen von Bauer und Stern kombiniert, so ist es klar, daß sich die

[1]) Bei Prostituierten.

Nachteile dieser beiden Methoden bei der Hechtschen Modifikation summieren müssen. Auch Hecht verläßt sich auf den genügenden Gehalt seiner Sera an Normalambozeptor wie Bauer, und an Komplement wie Stern. Daß beide Stoffe individuellen Schwankungen ausgesetzt sind, ist bei Besprechung der Bauerschen und Sternschen Modifikation erörtert worden und außerdem aus den Tabellen II und III ersichtlich. Man kann sich leicht vorstellen, daß bei Verwendung eines Serums, das zufällig arm an Ambozeptor und Komplement ist, eine starke Hemmung der Hämolyse eintreten kann, wenn der Gehalt an Ambozeptor und Komplement auch gerade noch hinreichte, die Hämolyse in der Kontrolle zu bewirken. Es ist auch bei dieser Methode unmöglich, Extraktkontrollen anzustellen, und man ist daher nie sicher, ob eine eingetretene Hemmung der Hämolyse auf dem Zusammentreffen von Antigen und Antikörper und der dadurch bewirkten Komplementbindung beruht, oder ob der Extrakt selbst alleinhemmende Wirkungen gezeitigt hat. Man hat bei der Hechtschen Versuchsanordnung kein Mittel, sich vor diesem Irrtum zu schützen, denn die Tatsache, daß der Extrakt mit einer Anzahl von Normalseris keine Hemmung der Hämolyse erkennen läßt, kann doch wohl unmöglich als ausreichende und exakte Exaktkontrolle angesehen werden; außerdem ist das hämolytische System bei Hecht infolge des individuell schwankenden Ambozeptor- und Komplementgehaltes bei jedem Serum verschieden stark, und es erscheint infolgedessen unmöglich, die Wirkungen eines noch so gut austitrierten Extraktes auf alle diese verschiedenwertigen hämolytischen Systeme auch nur annähernd zu beurteilen. Auf die prinzipiellen Bedenken, die die Verwendung aktiver Sera nach den Untersuchungen von Sachs und Altmann verbieten, muß auch an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hingewiesen werden, da die Reaktionen bei Verwendung aktiver Sera der klinischen Spezifität ermangeln.

Kürzlich hat v. Dungern[1]) eine Methode empfohlen, die es auch dem Praktiker in der Sprechstunde ermöglichen soll, die Wassermannsche Reaktion mit käuflichen Ingre-

[1]) Wie kann der Arzt die Wassermannsche Reaktion leicht vornehmen? Münchener Medizin. Wochenschr. 1910. Nr. 10.

dienzien ohne Vorkenntnisse auszuführen. Als Komplement benutzt v. Dungern ein Papier, auf dem Meerschweinchenserum angetrocknet ist, als Antigen Meerschweinchenherzextrakt. Das Hammelblut wird vermieden und durch die Blutkörperchen des betreffenden Patienten ersetzt. Als Ambozeptor dient das Serum eines mit Menschenblut vorbehandelten Kaninchens, das gleichfalls auf Filtrierpapier angetrocknet ist. Alle diese Stoffe sind käuflich bei Merck in Darmstadt zu haben. Zur Reaktion wird 0·1 *ccm* durch Schlagen mit einem Zündholz in einem Uhrschälchen defibriniertes Patientenblut benutzt. Der Arzt gibt in 2 Reagensgläser je 2 *ccm* NaCl-Lösung, Komplementpapier und 0·1 Patientenblut und in eines der Gläser fernerhin einen Tropfen des Extraktes. Das ganze muß eine Stunde bei Zimmertemperatur stehen, worauf das Immunserumpapier zugefügt wird. Bleibt in dem mit dem Extrakt beschickten Glase die Hämolyse aus, während das Kontrollglas Lösung zeigt, so ist die Reaktion positiv, im anderen Falle negativ. Weitere Kontrollen sollen unötig sein. Wir selbst haben eigene Versuche mit dieser Methode nicht angestellt, aber es erscheint schon von vornherein nicht sehr empfehlenswert, eine so diffizile Methode, wie es die Wassermannsche Reaktion nun einmal ist, dem viel beschäftigten Praktiker in die Hand zu geben, der weder Zeit noch Gelegenheit hat, sich mit dieser immerhin einige Erfahrung und Beurteilung verlangenden Untersuchungsart vertraut zu machen. Dazu kommt, daß hier mit sehr kleinen Mengen gearbeitet wird, was gerade exaktes Arbeiten und minutiöse Technik erfordert. Es ist zu befürchten, daß hierdurch die quantitativen Verhältnisse zu wenig genau berücksichtigt und so die Fehlergrenzen nur noch mehr auseinandergerückt werden.

Auch von Dungern benutzt aktives Menschenserum, was, wie wir oben gesehen haben, prinzipiell wegen der geringen Spezifität zu verwerfen ist. Ob das Komplement, das doch so überaus schwer selbst im Eisschrank zu konservieren ist, an Filtrierpapier angetrocknet, lange seine Wirksamkeit behält, erscheint uns fraglich, besonders wenn es monate- oder sogar jahrelang beim Händler lagert. Der Ambozeptor ist ja im Eisschrank monatelang gut haltbar; ob er, an Filtrierpapier angetrocknet, ebenso gut haltbar ist, können wir nicht beurteilen, es erscheint theoretisch aber gut möglich zu sein. Bekanntlich ist der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörper-

Tabelle

Nr.	Diagnose	Orig. Wassermann	Wassermann mit akt. Serum	Bauer	Stern	Hecht
128	Lupus erythematosus	—	.	—	—	+
136	Psoriasis	—	.	—	—	+
142	"	—	.	—	+	+
225	"	—	—	—	—	—
148	Sykosis	—	.	—	—	—
152	Eczema chr.	—	.	—	—	—
166	Lupus vulgaris	—	.	—	+	+
216	Ekzem	—	+	—	—	—
246	Furunkulose	—	+	—	+	+
303	Neurodermitis	—	—	—	—	—
307	Ekzem	—	—	—	—	—
329	"	—	—	—	—	—
241	Gonorrhoe (männlich)	—	+	—	+	+
343	"	—	—	—	—	—
370	"	—	—	—	—	—
374	Errosiones penis	—	—	—	—	—
398	Issufficientia valv. mitr.	—	—	—	—	—
388	Psoriasis	—	—	—	—	—
413	Skarlatina (abgeheilt)	—	+	—	—	—
464	Tbc pulmonum (Kind!)	—	—	—	+	+
465	"	—	—	—	—	—
466	Issufficientia valv. mitr.	—	—	—	—	—
467	Normaler Partus	—	—	—	—	—
502	Tbc pulmonum (Kind!)	—	—	—	+	+
498	Normaler Partus	—	—	—	—	—
503	Bronchopneumonie	—	—	—	+	—
526	Anämie	—	+	—	—	+
554	Normaler Partus	—	—	—	—	?
568	Gonorrhoe (männlich)	—	—	—	—	—
570	Psoriasis	—	—	+	—	—
571	"	—	+	—	—	—
572	"	—	—	?	—	+
573	"	—	—	—	+	+
592	Pneumonie saniert	—	—	—	—	—
604	Ekzem	—	—	—	—	—
605	Gonorrhoe (männlich)	—	—	—	—	—
609	Vitium cordis	—	—	—	—	—
622	Nephritis geheilt	—	—	—	—	—
641	Cat. apicis pulm. (Kind)	—	—	—	—	—
653	Drüsentuberkulose	—	—	—	—	—
654	Tbc pulmonum	—	—	—	—	—
655	Ekzem	—	—	—	—	—
656	Psoriasis	—	—	—	—	—
657	Ekzem	—	—	—	—	—
658	Lupus vulgaris	—	—	—	—	—
659	Ekzem	—	+	?	—	—
660	Lupus vulgaris	—	—	—	—	—
672	Ekzem	—	—	—	—	+
673	Dermatitis arteficialis	—	+	?	—	+



VII.

Nr.	Diagnose	Orig. Wassermann	Wassermann mit akt. Serum	Bauer	Stern	Hecht
674	Furunkulose	—	+	—	?	?
675	Ekzem	—	—	—	+	+
676	„	—	+	—	—	—
685	Pneumonie (abgelaufen)	—	—	—	—	—
686	Chronische Sepsis	—	—	—	—	—
687	Gonorrhoe (männlich)	—	—	—	—	—
688	„	—	—	—	—	—
689	„	—	—	—	—	—
690	„	—	—	—	—	—
691	„	—	—	—	—	—
692	„	—	—	—	—	—
721	„	—	—	—	—	—
722	„	—	—	—	—	—
723	„	—	—	—	—	—
724	Polyarthritis rheumat.	—	—	—	—	—
731	Myodegeneratio cordis	—	+	?	—	—
732	Gonorrhoe (männlich)	—	—	—	—	+
733	„	—	—	—	—	—
734	„	—	—	—	—	—
735	„	—	—	?	—	—
736	„	—	—	—	—	—
740	Tbc pulmonum	—	+	—	+	—
741	Gonorrhoe (männlich)	—	+	—	+	+
742	„	—	+	—	+	—
743	„	—	—	—	—	—
744	„	—	—	—	—	—
745	„	—	—	—	+	—
749	„	—	—	—	—	+
750	Eczema seborrhoica	—	+	—	—	—
751	Condylomata accuminata	—	+	—	—	+
752	Pityriasis rosea	—	—	—	—	—
753	Eczema manus	—	—	—	—	—
754	Psoriasis	—	—	—	—	—
765	Pneumonie abgelauf.(Kind)	—	+	—	+	+
766	Tbc apicis pulmonum	—	—	—	—	+
767	Asthma bronchiale	—	—	—	—	—
768	Hysterie	—	—	—	—	—
772	Skabies	—	—	—	—	—
773	Eczema intertrigo	—	—	—	—	—
774	Lupus vulgaris	—	—	—	—	—
775	Skabies	—	—	—	—	—
776	Ekzem	—	—	—	—	—
777	Furunkulose	—	—	—	—	—
784	Gonorrhoe	—	+	—	—	—
785	Gonorrhoe (männlich)	—	+	—	—	+
786	„	—	+	—	+	+
788	„	—	—	—	—	—
789	„	—	—	—	—	—
790	Myodegeneratio cordis	—	+	—	+	+

chen des Menschen bei einer Reihe von Krankheiten, z. B. bei Lues maligna, Tuberkulose, Karzinom etc., bisweilen wesentlich herabgesetzt. Dadurch wird die Konzentration des Blutes großen Schwankungen ausgesetzt sein, und man kann sich leicht vorstellen, daß bei schwacher Konzentration eine Hämolyse leicht eintreten muß, und so positive Reaktionen verschleiert werden können. Auf eine andere Fehlerquelle muß noch aufmerksam gemacht werden, die bei Verwendung von Immunserum gegen Menschenblut interferieren kann; bei derartigen Kombinationen sind stets menschliche Bestandteile (des Serums) und Antimenschenserum im Reaktionsgemisch vorhanden, und dadurch ist es nicht ausgeschlossen, daß in demselben Reagensglas ein echter zweiter Komplementbindungsvorgang zwischen Menschenserum und Antimenschenserum teilnimmt, was zu besonderer Vorsicht in der Deutung so gewonnener Resultate mahnt (Sachs und Altmann). Auf die Extraktkontrolle wird von v. Dungern vollständig verzichtet; was das zu bedeuten hat, ist oben ausführlich erörtert worden.

Zum Schluß geben wir in Tabelle VII eine Übersicht über unsere 99 Normalfälle. Aus derselben ersieht man, wie die Reaktionen, mit dem Original-Wassermann, mit dem Wassermann mit aktivem Serum und mit den Modifikationen ausgefallen sind. Der Ausfall der Reaktion bei sicher nicht Luetischen wird stets ein guter Indikator für die Güte und Brauchbarkeit einer Methode sein, und man wird sich daher an der Hand dieser Tabelle VII ein Urteil über den Wert der einzelnen Modifikationen bilden können. Nicht auf den größten Prozentsatz positiver Reaktionen legen wir den Hauptwert, sondern darauf, daß ein positiver Reaktionsausschlag mit Sicherheit für Lues zu verwerten ist. Die Methode, die uns diese Kardinalforderung am besten erfüllt, ist der Original-Wassermann. Es ist möglich, daß uns bei dieser Originalmethode hin und wieder ein schwach positives Serum entgehen kann, einmal durch das Inaktivieren der Sera, dann durch den großen Ambozeptorüberschuß, der sich bisweilen mit einem großen Normalambozeptorgehalt summieren wird; doch kann wohl auch dieser Nachteil durch zeitliche Beobachtungen der Hämolyse im Brutschrank auf ein Minimum reduziert werden. Bei allen anderen Methoden ist man nie ganz sicher, ob bei eingetretener Hämolysenhemmung eine echte positive Wassermannsche Reaktion vorliegt, die durch Zusammentreffen von Antigen und Antikörper die Komplementbindung bewirkt hat, oder ob irgend einer der oben angeführten, unbekannten Faktoren störend in Erscheinung tritt, eine Hemmung der Hämolyse bewirkt, und so eine positive Reaktion vortäuscht.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien (Vorstand: Prof. E. Finger).

Hyperkeratose und Hyperpigmentation.

Von

Dr. **J. Kyrle**,
Assistent der Klinik.

Veranlassung zu der nun folgenden Mitteilung gaben 2 Fälle von Ichthyosis vulgaris, die während letzter Zeit in klinischer Beobachtung gestanden hatten; bei beiden Patienten, Männern zwischen 20 und 30 Jahren, war das Krankheitsbild in recht intensiver Weise entwickelt gewesen: die Haut des Stammes und der Streckseiten der Extremitäten erschien über und über von mächtigen hyperkeratotischen Auflagerungen besetzt, die stellenweise ziemlich fest der Unterlage anhafteten. Zahlreiche seichtere und tiefere Einrisse der Hornschichte ließen die hyperkeratotischen Massen zu kleineren und größeren, unregelmäßig abgeteilten und ziemlich regellos nebeneinander gelagerten Feldern gruppiert erscheinen — kurz ein Bild, wie es bei stark ausgebildeten Fällen von Ichthyosis vulgaris, die ja bekanntlich auch als Ichthyosis serpentina bezeichnet werden, immer wieder anzutreffen ist. Das auffällige und ungewöhnliche bei beiden Patienten bestand darin, daß die Hautfarbe an jenen Stellen, wo die Hornmassen entwickelt waren, intensivst schwarz erschien, während die von Auflagerungen freien Hautpartien ein normales Kolorit zeigten; erwähnt sei, daß beide Patienten brünette Individuen waren.

Nun ist es ja eine bekannte Tatsache, daß sich ichthyotische Hornmassen gelegentlich in sehr verschiedener Farbe präsentieren; das einemal können weißlich glänzende Schuppen vorhanden sein, ein andermal hingegen wieder schmutzig-grau-



grüne bis dunkelschwarze. In der Mehrzahl der Fälle ist diesbezüglich das Bild kein einheitliches; meist sind alle möglichen Farbennuancen vertreten.

Was nun bei den in Rede stehenden Fällen besonders auffiel, war erstens die Intensität der Schwarzfärbung und zweitens die Gleichmäßigkeit, in welcher dieselbe allenthalben zu sehen war. Zur Beurteilung der Intensität wird man am besten die Farbe der Negerhaut heranziehen; bei solchem Vergleiche kam man zur Überzeugung, daß die Hornmassen in den beiden Fällen zum mindesten ebenso, wenn nicht intensiver pigmentiert waren; dabei ließ sich im Bereiche der befallenen Hautpartien nicht eine Stelle finden, wo diese Pigmentierung vielleicht etwas schwächer ausgebildet gewesen wäre.

Aus dieser Schilderung ergibt sich von selbst, daß das Aussehen der vorliegenden Fälle, zum mindesten für den ersten Blick, recht ungewöhnlich erschien.

Es entstand nun die Frage, wodurch diese intensive Schwarzfärbung der Hornmassen bedingt war: Sollte es ausschließlich Schmutz sein, welcher von außen her zwischen die Hornlamellen eingedrungen war, der dafür verantwortlich gemacht werden konnte, oder lag hier auch eine Hyperpigmentation von Epidermisanteilen vor? Beides war von vorneherein wahrscheinlich; die Annahme, daß zwischen den aufgeschichteten Hornzellen reichlich Schmutz vorhanden sein wird, schien ohneweiters berechtigt wegen der intensiven Entwicklung des Krankheitsbildes; bekanntlich können Patienten, welche an Ichthyosis vulgaris leiden, ihre Haut in ganz erträglichem Zustande erhalten, wenn sie derselben nur die entsprechende Sorgfalt und Pflege angedeihen lassen (Bäder, Einfetten der Haut) und das stärkere Hervortreten von Erscheinungen in einem bestimmten Falle läßt bis zu einem gewissen Grade wohl stets den Schluß zu, daß in der Richtung nicht entsprechend gehandelt wurde; daß aber auf einer wenig oder gar nicht gepflegten Haut, noch dazu unter solchen Bedingungen, wie sie bei Ichthyosis gegeben sind, viel Schmutz angesammelt sein wird, ist ja selbstverständlich. Die Mitteilungen der Patienten in beiden Fällen, daß sie vor mehr als einem Vierteljahre das letztemal gebadet hatten, brachte für diese Annahme eine Bestätigung.



Daß aber ein Teil der Schwarzfärbung neben dem „Fremdkörperpigment" auch auf Rechnung einer Hyperpigmentation von Epidermisanteilen gebracht werden müsse, war ebenfalls sicher anzunehmen; einmal, weil die so überaus gleichmäßige Entwicklung des Zustandes gar nicht anders hätte erklärt werden können und weil ja von den Mitteilungen verschiedener Autoren her [Schourp[1]) z. B.] bekannt ist, daß man bei Ichthyosisfällen das Stratum germinativum stark pigmentiert finden kann, ja daß selbst in den oberen Abschnitten des Koriums pigmentführende Zellen zu sehen sind.

Die histologische Untersuchung eines exzidierten Hautstückes in dem einen Falle — die Verweigerung der Exzision von Seiten des zweiten Patienten machte hier eine diesbezügliche Untersuchung unmöglich — bestätigte vollauf die früher auseinandergesetzten Vermutungen.

Von der Mitteilung genauerer Details, die sich bei der histologischen Untersuchung ergeben haben, kann Abstand genommen werden, da ja im allgemeinen eine Differenz gegenüber anderen Fällen von Ichthyosis vulgaris hier nicht zu beobachten war; nur hinsichtlich der Pigmentverhältnisse soll betont sein, daß die Basalzellenschichte der Epidermis im Bereiche des ganzen ausgeschnittenen Stückchens recht bedeutend pigmentiert war, sicherlich mehr, als dies bei brünetten Individuen die Regel zu sein pflegt; abschnittsweise war das Protoplasma dieser Elemente völlig von feinen, dunkel-orangegelben Pigmentkörnchen erfüllt; ja gelegentlich fanden sich größere Klümpchen solchen Pigmentes, die offenbar durch Konfluenz der kleineren Körnchen entstanden waren. Stellenweise war auch in der oberhalb des Stratum germinativum gelegenen Zellschichte körnchenförmiges Pigment nachweisbar, desgleichen sah man, wenn auch relativ selten, zwischen den Epidermiszellen in dieser Höhe und in dem der Epidermis unmittelbar angrenzenden Papillarkörperabschnitt beiläufig sternförmige Zellen, in deren Protoplasma gleichfalls Pigment aufgespeichert lag (Melanoblasten).

[1]) Zitiert nach Janovsky, Die Hyperkeratosen, im Mračekschen Handbuch. III. Bd. 1904. p. 54.



Daß also hier eine Hyperpigmentation, vor allem der Basalzellenschichte, vorlag, darüber kann gar kein Zweifel bestehen. Was das „Fremdkörperpigment" anlangt, so ist zu sagen, daß zwischen den zu oberst gelegenen Hornlamellen stellenweise größere und kleinere amorphe, sich schwarz präsentierende Schmutzpartikelchen eingelagert erschienen. Doch war ihre Menge nicht übermäßig, zum mindesten nicht so bedeutend, daß daraus die intensive Schwarzfärbung, welche bei der klinischen Beobachtung erhoben werden konnte, ihre Erklärung fände. Vor allem fehlt in den histologischen Präparaten das, was für eine Annahme in dem soeben erwähnten Sinne unbedingt gefordert werden müßte, nämlich die Kontinuität der Schmutzschichte, wenn man sich so ausdrücken will. Wie früher bereits bemerkt, kann man nur an einzelnen Stellen der Präparate Schmutzeinlagerung nachweisen, in der weitaus größten Erstreckung findet man aber zwischen den Hornlamellen nichts dergleichen; dieser Befund spricht wohl sicher dagegen, daß die Fremdkörpereinlagerungen zwischen den Hornzellen allein die Ursache der vorhandenen Schwarzfärbung sein könnten.

Resümiert man demnach kurz das bisher mitgeteilte, so konnte bei zwei brünetten ichthyotischen Individuen eine ungewöhnlich stark entwickelte, dabei ganz gleichmäßig ausgebildete Pigmentierung der von Hornmassen besetzten Hautpartien konstatiert werden; die histologische Untersuchung in dem einen Falle ergab, daß diese Schwarzfärbung zurückzuführen sei einmal auf „Fremdkörperpigment" (Schmutz), das zwischen die Hornschuppen eingedrungen war, zweitens und insbesondere aber auf eine beträchtliche Hyperpigmentation von Epidermisanteilen; letzterem Prozesse kommt allem Anscheine nach wohl die größere Bedeutung zu.

Bei beiden Patienten wurden die gleichen therapeutischen Maßnahmen eingeleitet: Protrahierte, recht warme Seifenbäder und nachheriges Einfetten der gesamten Haut mit Ung. simpl. Innerhalb von 6—7 Tagen waren die Hornauflagerungen herabgebracht und die Patienten zeigten jetzt ein wesentlich anderes Bild. Von einem schwarzen negerähnlichen Farbenton war am ganzen Körper nichts mehr zu sehen; die gesamte Haut, welche

jetzt fast gänzlich von Hornauflagerungen befreit war, erschien blaßbraun-gelb, die Patienten waren selbst verwundert über das plötzlich geänderte Aussehen ihres Exterieurs.

Der eine Patient gestattete zum zweiten Male die Exzision eines kleinen Hautstückchens; dieselbe wurde unmittelbar neben der ersten vorgenommen; es wurde wieder aus der Bauchhaut, einen halben Zentimeter von der ersten Stelle entfernt, unter Schleichscher Anästhesie, ein Stückchen exzidiert; bemerkt sei ausdrücklich, daß diese Stelle vor Einleitung der Therapie in ganz gleicher Weise mit Hornlamellen besetzt war und ebenso intensiv schwarz erschien, als die bei der ersten Exzision gewählte Hautpartie.

Die histologische Untersuchung dieses Gewebsstückchens ergab nun ein eigentlich überraschendes Resultat; es zeigte sich hiebei nämlich, daß der Pigmentreichtum der Epidermis wesentlich geringer war als in der zuerst untersuchten Stelle; zwar fanden sich auch hier in den Basalzellen feine Pigmentkörnchen, aber Zellen, deren gesamtes Protoplasma von Pigment erfüllt gewesen wäre, wie im ersten Falle, waren nirgends anzutreffen, desgleichen fehlte die Klumpenbildung von Pigment. Schon bei Besichtigung mit schwacher Vergrößerung war die Differenz gegenüber dem zuerst gewonnenen Objekte recht in die Augen springend; dort sah man entlang des ganzen Präparates förmlich ein braungelbes Band als Begrenzungslinie zwischen Epidermis und Kutis hinziehen, welches an vielen Stellen einen ganz besonders intensiven Farbenton erkennen ließ. Hier fehlte eine solch' prägnante Zeichnung der Basalzellenschichte. An einzelnen Stellen war zwar eine bräunlich-gelbe Färbung dieser Elemente wahrzunehmen, aber in der weitaus größten Erstreckung des Präparates mußte man stärkere Vergrößerungen zu Hilfe nehmen, um die Pigmenteinlagerungen überhaupt deutlich nachweisen zu können. Kurz, daß eine nennenswerte Differenz in dem Pigmentreichtume der Basalzellen hier und in dem ersten Stückchen besteht, scheint über jeden Zweifel erhaben.

Werden nochmals in Kürze die bei der histologischen Untersuchung dieses Falles gewonnenen Resultate bezüglich der Pigmentverhältnisse zusammengefaßt, so sieht man, daß bei



einem brünetten, ichthyotischen Individuum zur Zeit als die Haut mit vielen mächtigen Hornauflagerungen besetzt war, eine wesentlich bedeutendere Pigmentmenge in den Basalzellen sich vorfand, als später, nachdem die hyperkeratotischen Massen entfernt worden waren; es entsteht nun die Frage, wie man das Zustandekommen dieser Schwankungen im Pigmentreichtume erklären kann, bzw. wodurch etwa die reichlichere Produktion von Pigment in dem einen Falle bedingt gewesen war. Hierüber absolut verläßliche Vorstellungen zu finden, erscheint unmöglich, jeder Erklärungsmodus dieser Erscheinung wird sich auf dem Gebiete der Hypothese bewegen müssen. Nur das eine kann wohl mit gewisser Sicherheit behauptet werden: die Hyperpigmentation wird mit der Hyperkeratose in irgendwelchem Zusammenhange stehen, denn so lange die mächtig ausgebildete Hornschichte vorhanden war, fand sich mehr Pigment in den Basalzellen als nach deren Entfernung. Fraglich bleibt nur: Sind die beiden Prozesse, Hyperpigmentation und Hyperkeratose, koordiniert, d. h. geht ihre Entwicklung nebeneinander her, durch die gleiche Ursache bedingt? oder sind sie subordiniert, etwa so, daß infolge der allmählichen Dickenzunahme der Hornschichte das Pigment in den Basalzellen sich reichlicher ansammelt. Beide Annahmen scheinen etwas für sich zu haben: daß in einer Epidermis, welche vom biologischen Standpunkte aus als ziemlich weit abstehend vom Normalen bezeichnet werden muß — und dies trifft bei einer ichthyotischen Haut zweifellos zu — alle funktionellen Äußerungen derselben bis zu einem gewissen Grade abnorm sein werden, scheint ohneweiters angenommen werden zu dürfen. Nun gehört zu den funktionellen Aufgaben der Basalzellen der Epidermis beispielsweise nicht nur für die gehörige Entwicklung und Ausbildung eines Stratum corneum zu sorgen, sondern zweifellos auch den Zustand der Pigmentverhältnisse in der Epidermis entsprechend zu gestalten; die näheren Vorgänge hiebei sind ja allerdings noch gänzlich unbekannt. Es kann uns eigentlich nicht besonders überraschen, wenn bei einer geänderten, vom Normalen abweichenden Zelltätigkeit in der einen Richtung vielleicht auch gerade diese Funktion des Plamas irgendwie verändert erscheint; und wenn man sich, ganz allgemein

gesprochen, an den Zustand und das morphologische Aussehen dieser Zellelemente bei anderen, wiederholt zu beobachtenden Erscheinungsformen (Basalzellenkrebse beispielsweise) erinnert, so wird man finden, daß auch dort neben mannigfachen anderen Differenzen im Charakter der Zellen gerade hinsichtlich der Pigmentverhältnisse gegenüber dem Normalen gelegentlich Unterschiede bestehen. Vielleicht lassen sich diese Erscheinungen in der gleichen Weise erklären.

In dem speziellen, hier interessierenden Falle ist aber noch zu bedenken, daß beide Individuen, bei welchen im klinischen diese Erscheinung hatte erhoben werden können, von brünetter Hautfarbe waren, daß demnach wohl an und für sich die Pigmentverhältnisse in ihrer Epidermis, vor allem in ihren Basalzellen, gegenüber denen anderer, z. B. blonder Personen, ein wenig geänderte waren; und es kann gewiß die Frage aufgeworfen werden, ob bei blonden Individuen überhaupt jemals ein solches Krankheitsbild zustande kommen könnte. Mit dieser Annahme übereinstimmende Erfahrungen würden der entwickelten Hypothese eine wesentliche Stütze verleihen.

Was die zweite Möglichkeit bezüglich des Zustandekommens der in Rede stehenden Erscheinungen anlangt, nämlich daß infolge der mächtigen Hornschichtentwicklung die Überpigmentierung der Basalzellen eingetreten ist, so fällt es wohl ein wenig schwieriger, hiefür eine halbwegs zufriedenstellende Vorstellung zu finden. Durch irgendwelche mechanische Einflüsse, etwa durch einen übermäßigen Druck der Hornschicht auf die unterhalb gelegenen Zellelemente — die Hyperpigmentation wäre dann gleichsam der Ausdruck einer gewissen Zellreaktion — das Phänomen bedingt anzusehen, schiene doch gar zu weit herbeigeholt, vor allem auch durch keine Analogie gestützt.

Die Annahme weiters, daß infolge der vorhandenen, übermäßig entwickelten Hornschichte die Belichtungsverhältnisse der Bazalzellen dem Normalen gegenüber geänderte seien und daß hierauf etwa die ganze Erscheinung zurückzuführen sei, kann gleichfalls keineswegs vollauf befriedigen. Erstens steht hiermit die immer wieder zu beobachtende Tatsache im Widerspruche, daß die Basalzellen um so stärker pigmentiert erscheinen, je



intensiver sie von Sonnenstrahlen getroffen werden; es kann nun gar keinem Zweifel unterliegen, daß eine so bedeutend ausgebildete Hornschichte, wie hier gleichsam ein Filter darstellt für die auffallenden Sonnenstrahlen und daß bei der gleichen Strahlenmenge und -Intensität in dem Falle, wo eine hyperkeratotische Schichte vorhanden ist, die Basalzellen weniger intensiv belichtet werden als unter den gegensätzlichen Verhältnissen. Demnach könnte unter dieser Voraussetzung hier eigentlich eher ein Minus von Pigment, nicht ein Plus erwartet werden. Daran zu denken wäre nur noch, daß durch die Hornschichte bestimmte Strahlen ausgeschaltet würden und daß vielleicht zufällig der Hauptsache nach nur jene Strahlen die Basalzellen treffen, welche für das Zustandekommen der Hyperpigmentation eben im allgemeinen maßgebend sind. Damit unvereinbarlich ist natürlich auch wieder die öfters zu beobachtende Tatsache, daß bei hyperkeratotischen Prozessen aus anderen Gründen solche Hyperpigmentationen nicht beobachtet werden, obwohl auch hier ja die gleichen Bedingungen gegeben wären, wie sie oben erörtert wurden.

Nach alldem hat es den Anschein, daß eine hypothetische Annahme in dem zuletzt besprochenen Sinne eigentlich die geringere Wahrscheinlichkeit für sich hat; und man wird sich vielleicht mit besserem Rechte der anfänglich dargetanen Überlegung anschließen können; daß auch diese nicht den Anspruch erheben kann, als vollkommen befriedigende und einwandfreie Erklärung zu gelten, wurde im früheren bereits angedeutet.

Aus dem königl. dermatologischen Institute Karl Albert
(St. Ludwig-Hospital in Turin).

Beitrag zum Studium der Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna.

Von

Dr. **Karl Vignolo-Lutati,**
Privatdozent für Dermatologie und Syphilis an der königl. Universität in Turin.

(Hiezu Taf. IX.)

Auf dem IX. Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern demonstrierte Jadassohn eine eigentümliche, von ihm bei drei 40—45jährigen Individuen beobachtete Deformität des Haarbodens am Scheitel; dieselbe war von einem Komplexe von Falten dargestellt, deren Anordnung an die Windungen (gyri) und Furchen der Hirnrinde erinnerte, so daß Unna, der 1907 in den Monatsheften für praktische Dermatologie drei neue Fälle publizierte, den Vorschlag machte, die Affektion als Cutis verticis gyrata zu bezeichnen.

Nach der Arbeit von Unna wurden 1908 11 Fälle von Veress aus der Klinik von Marschalkó, 1909 ein Fall von Audry, drei Fälle von Pospelow und 1910 ein Fall von Bogrow, aus der Klinik von Pospelow beschrieben.

Der Befund, der mich zu dieser interessanten Frage Stellung zu nehmen veranlaßte, betraf einen 49jährigen Mechaniker von normaler Konstitution und Statur. Die Anamnese bietet in Bezug auf die Heredität gar nichts bemerkenswertes. Keine nennenswerte Affektion im Kindes- und Jugendalter, weder Alkoholismus noch Lues. Im 21. Lebensjahre verheiratet, hatte Patient einen Sohn, der noch lebt und gesund ist; seine Frau starb im 23. Lebensjahre an Lungentuberkulose.



Nach zwei Jahren verheiratete sich Patient wieder mit einer jungen und gesunden Frau, von welcher er drei noch lebende Kinder hatte; kein Abortus.

Patient hat ein sehr dichtes Haar; die Haare, zuerst schwarz, seit einigen Jahren grau, sind sehr hart. Der Haarboden ist leicht verschiebbar und läßt sich, besonders an der Scheitelgegend, in Falten abheben.

Im 18. Lebensjahre hatte Patient bei Stützlage in der behaarten Scheitel eine leichte Schmerzempfindung, die er der großen Steifheit seiner Haare zuschrieb und mit dem stechenden Eindruck einer harten Bürste verglich; hie und da traten einige kleine, wenig hervorragende, mehr oder minder schmerzhafte Erhebungen auf, die nach zwei oder drei Tagen ohne Ulzeration und ohne daß ihrem Verschwinden Blut oder Eiteraustritt vorausgegangen wäre, verschwanden, um nach unregelmäßigen Intervallen wieder zu erscheinen. Seit 5 Jahren bemerkt Patient eine zunehmende unregelmäßige Fältelung des Haarbodens des Scheitels.

Als ich den Patienten zum erstenmale im Krankenhause sah, konnte ich bei ihm, entsprechend der behaarten Region des Scheitels, auf einer handtellergroßen Fläche einen Komplex von mehr oder minder erhabenen, durch enge spaltenförmige Furchen getrennten Falten konstatieren. Eine gewisse Anzahl dieser Falten, die besser zutage traten nachdem die Haare abgeschoren waren, ging von jenem mehr oder minder zentralen Punkte der Scheitelregion, wo schon unter normalen Verhältnissen die Haare eine wirbelartige Anordnung haben, aus und strahlte von hier gegen die gesunde Peripherie hinaus. Von verschiedenen Stellen dieser größeren Falten zogen andere kleinere, viel kürzere Falten, die durch ihre Annäherung an die großen oder zwischen denselben enge Furchen bildeten, welche im Gegensatze zu den Falten als dunkle Linien imponierten. Die Oberfläche der Falten erschien mehr oder minder deutlich und glänzend, sei es weil die Haare auf der Rundung der Falte mehr auseinanderlagen und mehr von einander entfernt waren, sei es auch, weil die Haare an einigen Stellen etwas schütterer waren, indem bei der Untersuchung mit der Lupe einige Follikelmündungen sich als leer und dilatiert erwiesen; dagegen

hatten die Furchen, da die Haare dichter nebeneinander lagen, das Aussehen von mehr oder minder dunklen Linien. An keiner Stelle der affizierten Partie war es möglich Zeichen von ostiofollikulären Pusteln, Erythem oder Desquamation zu sehen.

Bei der Palpation erweist sich die Konsistenz der Falten verschieden an den verschiedenen Stellen ihres Verlaufes; an einigen, meistens kurzen Falten ist die Konsistenz derb und die Falte sinkt bei der Kompression nicht ein, während dagegen bei anderen längeren Falten man durch die Kompression gegen den tieferen peripheren Teil hin das Verschwinden der Falte selbst für die Dauer der Kompression erzielt. Trotzdem ist diese gefältelte behaarte Partie, wenn sie sich auch bei der Palpation mehr oder minder verdickt erweist, in ihrem Komplexe leicht über dem darunter liegenden Knochen verschiebbar und auch dort, wo die Falten nicht konstant sind, kann man sie künstlich bilden. In der gefältelten Partie tritt selten spontaner Schmerz auf und die Kompression ist nur an einigen Stellen ein wenig schmerzhaft.

Histologische Untersuchung.

Ich konnte, entsprechend einer härteren Stelle einer großen Falte, eine Biopsie vornehmen und in die Exzision auch eine benachbarte Furche einbeziehen. Die Untersuchung des exzidierten, in absolutem Alkohol fixierten und in Paraffin eingebetteten Stückes ergab folgenden Befund:

Schon mit der schwachen Vergrößerung kann man konstatieren, daß die aus der normalen Hautfläche hervorragende Falte den Haarboden in seiner ganzen Dicke betrifft. Die Epidermis, welche diese Erhebung bedeckt, zeigt keine nennenswerte Alterationen, weder in ihrer Dicke noch in den einzelnen Zellelementen der verschiedenen Schichten. Durch die Untersuchung von Serienschnitten sieht man, daß, während die Mehrzahl der Follikel sich vollständig in normalen Verhältnissen befindet, um die Basis einiger tieferer Follikel eine dichte zellige Infiltration besteht, welche fast immer im selben Niveau bleibend, sich in den tieferen Schichten der Kutis und Subkutis ausbreitet, indem sie die höher gelegenen Partien unangetastet läßt, dagegen zwei oder drei ihr nahe gelegene tiefere perifollikuläre Zonen befällt. Wenn man sich bei der Serienuntersuchung von dem Kulminationspunkte der Infiltration entfernt, kann man allmählich das Auftreten einer fibroblastischen Tendenz der Infiltration bis zu dem Punkte wahrnehmen, wo der Prozeß einer Sklerosierung zu konstatieren ist; bei einem weiteren Fortschreiten im Gebiete der Falte werden allmählich die Verhältnisse der Kutis und Subkutis wieder normal.



Die Infiltration steigt in jener perifollikulären Zone, wo sie die größte Intensität erlangt, an einigen Stellen bis zur Mitte der Höhe des Follikels selbst, aber sie befällt nicht die Wandungen, so daß der vom Haar entleerte Follikel sich nur etwas dilatiert im mittleren und tieferen Teile meist mit leichter Hyperkeratose gegen den Trichter erweist. Er zeigt sich auch in seiner Struktur alteriert, wo in den tieferen Teilen die Infiltration auch die Haarpapille einbezieht; in diesem Falle findet sich entweder an der Follikelbasis noch ein Haar mit voller Zwiebel, oder das Haar ist schon ausgefallen und der Follikel leer oder im schwereren Falle, wenn die Papille von der perifollikulären Sklerose schon ergriffen ist, der leere Follikel deformiert, verkürzt und auf dem Wege der Atrophie; auch einige tiefere Teile von Talgdrüsen und einige tiefere Schweißdrüsen, die in die Infiltrationszone einbezogen sind, sind entweder verändert oder zerstört.

Aus diesem Befunde geht hervor, daß der entzündliche Prozeß seinen Sitz in den tieferen Schichten der Kutis und Subkutis hat, da derselbe seinen Anfang von dem tiefer gelegenen Follikelgrunde nimmt, während der weniger tief gelegene Follikelgrund von der Infiltration freibleibt. Mit der stärkeren Vergrößerung kann man konstatieren, daß diese tiefe Infiltration granulomatös aussieht; sie wird wesentlich von kleinen, runden, mononukleären Zellen gebildet, in deren Mitte wir viele Plasmazellen und unregelmäßig zerstreut zahlreiche rundliche Riesenzellen finden, die entweder im Zentrum ihrer protoplasmatischen Masse oder gegen die Peripherie viele mehr oder minder gut tingierte Kerne zeigen und ihrerseits von einigen Zellen epithelioiden Aussehens umgeben werden.

Die Untersuchung auf Mikroorganismen in der Infiltration fiel negativ aus; die im Momente der Biopsie versuchten Kulturen durch Einstich auf den infiltrierten Grund der Falte sind steril geblieben.

Von der Oberfläche der Falte, längs des lateralen Randes der Furche herab, bis zum Grunde der Furche selbst, sieht man, daß die Follikel progressiv bezüglich der Achse eine immer mehr schiefe Anordnung in der Weise annehmen, daß die Zone, entsprechend der Hautfurche, von einer Serie von Follikeln gebildet erscheint, die radiär geordnet und einander genähert sind; dieser histologische Befund wird klinisch durch die Tatsache ausgedrückt, daß die Oberfläche der Falten ein helleres Aussehen hat, während der Grund der Furchen dunkler ist.

Die dem Rande und Grunde der Furche entsprechende Epidermis weist zahlreichere und kürzere Epithelleisten auf mit einer leichten Verkürzung der entsprechenden papillaren Erhebungen; im Papillarkörper, in der Pars reticularis und in der Subkutis ist es nicht möglich irgend ein Zeichen von entzündlicher Infiltration wahrzunehmen. Die Verdichtung der Follikel bedingt natürlich auch ein kompakteres, mehr gedrängtes Aussehen des kutanen Bindegewebes, in dem man nur einige rudimentäre Talgdrüsen und einige kleine und kurze Schweißdrüsenknäuel findet. Die

Follikel aber erscheinen alle regelrecht mit Haaren und an ihrer Basis die Haarpapille in normalen Verhältnissen.

Das kollagene (Färbung mit Hämatoxylin, Hansen und Pikrin-Fuchsin, van Gieson) und das elastische Gewebe (Orcein Unna-Tänzer) sind aus der tiefen mehr infiltrierten Zone der Basis der Falte verschwunden; in weiterer Entfernung von dieser Zone erlangt die Infiltration schon eine fibroblastische Tendenz, die man weiterhin mit allen Charakteren einer schon entwickelten Sklerose sieht, indem sie mit den vollständig normalen Verhältnissen des Kollagens und des elastischen Gewebes in den mittleren und oberflächlicheren kutanen Partien kontrastiert. In der Zone der Furche zeigen das Kollagen und das elastische Gewebe keine wahrnehmbaren qualitativen Veränderungen; sie werden durch Orange und Orcein gut gefärbt; sie haben weniger gekrümmte und wellige, dagegen mehr gedrängte und kompaktere Bündel.

Aus diesen Befunden kann man mit Wahrscheinlichkeit die Histogenese des Prozesses ableiten. Es ist wahrscheinlich, daß zuerst disseminierte, durch einen chronischen Verlauf charakterisierte Prozesse von Perifollikulitiden auftreten, aus denen dann langsam ein tiefes, skleröses Gewebe hervorgeht, das durch progressive Verengerung früher oder später die klinische Erscheinung der Fältelung des Haarbodens und in der Folge die Furchen zwischen Falte und Falte hervorruft, in ähnlicher Weise, wie man sie künstlich durch enge Nähte in der Tiefe zwischen zwei benachbarten Zonen erreichen würde. In der Furche zwischen zwei angrenzenden Falten würden die enger einander genäherten Follikel im mehr kompakten Bindegewebe durch Kompression der Drüsenorgane eine Atrophie hervorrufen. Meine histologischen Befunde stimmen mit jenen von Veress in dem Sinne überein, daß ich, ebenso wie Veress, annehme, daß eine chronische entzündliche Erscheinung der behaarten Deformität vorangehen muß, aber, während ich mit meinen Befunden die Histogenese der Falten erkläre, von welchen sekundär die Bildung der Furchen abhängen würde, erklärt Veress dagegen eher die Histogenese der Furchen, durch deren Bildung sekundär die Falten entstehen würden. Mit anderen Worten, nach Veress sitzt die Entzündung an derselben Stelle, wo sich dann die Furchen bilden, während nach meinen Befunden der Prozeß in der Tiefe der Subcutis des Haarbodens in der Art auftritt, daß er dann die Basis der Falten



darstellt. Andererseits, da es für die Bildung einer Falte nicht notwendig ist, daß der sklerosierende entzündliche Prozeß, der sie hervorruft, sich längs der Falte selbst entwickle und auf meine histologischen Präparate gestützt, in denen die Diskontinuität des Prozesses selbst manifest ist, kann man auch erklären, warum durch eine auf eine Faltenstelle fallende Untersuchung, die von jener dem sklerosierenden Prozesse entsprechenden entfernt liegt, keine Spur von einem solchen Prozesse gefunden werden kann.

Diese Hypothese findet übrigens eine Stütze in den histologischen Befunden von Veress. Während Veress auf dem Grunde einer spitzwinkligen Furche evidente Zeichen von entzündlicher Infiltration nachweisen konnte, fehlten dieselben auf dem Grunde einer stumpfwinkligen Furche; und dies nicht schon, wie vielleicht Veress annahm, weil an einer solchen stumpfwinkligen Stelle jede Spur des vorausgegangenen entzündlichen Prozesses hätte verschwunden sein können, sondern weil der stumpfe Winkel der Furche mit größerer Wahrscheinlichkeit einen von der am meisten retrahierten Stelle entfernten Punkt darstellte, in der jener sklerosierende entzündliche Prozeß saß, der die Furche selbst hervorgerufen hatte. Diese histogenetische Interpretation ließ außerdem auch leicht erklären, warum klinisch durch Pression der von den infiltrierten und sklerosierten Zonen entfernten Faltenstellen, durch die ganze Dauer der Pression, die Verflachung der Falten selbst hervorgerufen werden konnte, eine Verflachung, die ihrerseits um so ausgebreiteter sein konnte, je umschriebener die tiefen sklerosierten Stellen waren.

Gegen diese meine Erklärung könnte man folgendes einwenden: Wenn die Histogenese so wäre, wie könnte man die normale dichte Verteilung der Haare an der Oberfläche der Falten in den von Jadassohn, Unna, Veress beschriebenen Fällen und die spezielle Wirbelanordnung, die in vielen Fällen die Falten annehmen, erklären.

Diese Einwendung beantworte ich, indem ich vor allem hervorhebe, wie schwer es ist, bei einem dichten Haare zu beurteilen, ob zufällig hie und da einige Haare fehlen, wenn in der Tiefe ein wenig ausgebreiteter Skleroseprozeß die Follikel-



basis befallen hat; andererseits kann niemand leugnen, daß einige sklerosierte, tiefe, disseminierte Stellen genügen können, um die permanente Bildung von Hautfalten, ähnlich denen, die man künstlich durch enge Nähte in der Tiefe zwischen zwei nahen Zonen erreichen könnte, hervorzurufen.

Wenn die Stellen von sklerosierter Retraktion spärlich und disseminiert sind, könnte sich in der Erhabenheit jene reguläre Wirbelanordnung, welche die Haare in der Scheitelregion haben, in ähnlicher Weise wie nach Unna die Gehirnwindungen, akzentuieren (Cutis verticis gyrata), ohne daß es möglich wäre, inmitten der dichten Haare eine quantitative Veränderung der Haare selbst wahrzunehmen. Wenn die Stellen von sklerosierter Retraktion entweder unregelmäßig oder auf einer einzigen geraden Linie angeordnet sind, dann könnte sich entweder eine unregelmäßig gekrümmte (Veress, Pospelow, Bogrow) oder lineare Fältelung (Cutis verticis striata Veress) bilden. Wenn dann die Quantität der befallenen Follikel und somit der zerstörten Haarpapillen eher ausgebreitet ist, dann könnte man, wie in unserem Falle, an der Oberfläche der Falte auch eine quantitative Veränderung der Haare sehen. So versteht man, warum Audry in seinem Falle bezüglich der klinischen Charaktere von Pachydermie occipitale verticillée die Verdickung des Haarbodens in der gefalteten Zone hervorhebt, Unna und Veress dagegen von normaler Konsistenz sprechen, wie schwer es auch sei, diesbezüglich den Charakter von größerer oder geringerer Verdickung in dem schon normal sehr dicken Haarboden zu schätzen.

Ätiologie und Pathogenese. Aus der spärlichen Literatur über diese Frage ist es nicht möglich, solche Daten zu sammeln, um die Hypothese aufzustellen, daß diese Veränderung die Folge konstanter ätiologischer Bedingungen sei. Auch die in meinem Falle vorgenommene bakterioskopische Untersuchung blieb negativ. Andererseits entzieht sich der Beginn der Veränderung der Beobachtung.

Die Fälle von Jadassohn und Unna wurden ohne Anamnese angeführt.

Im ersten Falle von Veress, bei dem im Momente der Konstatierung der Deformität eine Lues rezenten Datums exi-



stierte, war wahrscheinlich die Ursache der Affektion eine Erkrankung des Haarbodens im Kindesalter.

Im zweiten von Veress mitgeteilten und von Marschalkó beobachteten Falle handelte es sich um einen Jüngling, der seit einem Jahre luetisch war, ohne daß aber eine Affektion des Haarbodens, der man die Deformität der Scheitelgegend hätte zuschreiben können, vorausgegangen wäre.

In seinem dritten Falle führte Pospelow als Ursache ein vor 8 Jahren aufgetretenes pustulo-ulzeröses Syphiloderma des Haarbodens an, trotzdem die Deformität nur seit kurzer Zeit bemerkt wurde.

Im neunten Falle von Veress bemerkte der Patient die Deformität des Scheitels, als ihm die Haare nach einer Typhusinfektion ausfielen.

Im fünften und sechsten Falle von Veress war im Kindesalter ein Ekzem des Haarbodens vorhanden.

Im zehnten Falle von Veress war eine Psoriasis des Haarbodens nachweisbar.

Im Falle von Audry ergab sich eine vorausgegangene Furunkulosis.

Im ersten Falle von Pospelow handelte es sich um einen Patienten, der früher schon, vor 5 Jahren, auf der Klinik mit einem Ekzem des Haarbodens lag, ohne daß noch Falten in der Scheitelregion bestanden hätten, die dort aufgetreten wären, wo eine starke Infiltration zurückgeblieben war.

Im Falle von Bogrow war zwei Jahre früher ein Erysipelas des Haarbodens und ein Jahr vorher eine Alopezie aufgetreten.

Im neunten Falle von Veress war der Patient kahl, ebenso der zweite Fall von Pospelow und der Fall von Bogrow.

In allen anderen Fällen waren die Haare dicht, schwarz oder dunkel oder dunkelgrau, hart und nur in einem einzigen Falle von Veress (11. Fall) waren sie blond.

In meinem Falle datierte der Beginn der Affektion 31 Jahre zurück und der Patient erinnerte sich aller Einzelnheiten des Verlaufes, da schmerzhafte Symptome die Affektion begleiteten.



Die charakteristische Lokalisation dieser immer am Scheitel umschriebenen Affektion, die Erwägung, daß diese Veränderung nur beim erwachsenen Menschen im Alter von 22—65 Jahren und niemals bei Knaben und Frauen beobachtet worden sind, sind Umstände, mit denen jede Untersuchung, die den Mechanismus der Pathogenese klären soll, rechnen muß.

Die nicht in allen Fällen konstatierte Tatsache einer vorausgegangen Affektion des Haarbodens kann zweifellos einen ätiologischen Faktor darstellen. Wenn man auch annimmt, daß in vielen Fällen einige entzündliche Affektionen des Haarbodens, die im Kindesalter mit wenig auffallenden Charakteren aufgetreten sind, vernachlässigt sein können, so steht doch die Tatsache fest, daß, wenn auch die mehr oder minder schweren Ekzeme des Haarbodens im Kindesalter häufig sind, wenige Beobachtungen der Cutis ver. gyr. bis jetzt vorliegen.

Wenn die im Kindesalter mehr oder minder wahrnehmbaren entzündlichen Veränderungen des Haarbodens eine wirkliche und absolute Bedeutung hätten, warum müßte man die Deformität ausschließlich in der Scheitelregion sehen? Es müssen lokale, prädisponierende, gewissen Individuen eigentümliche Bedingungen sein. Wenn die Annahme nicht wahrscheinlich ist, daß diese Deformität eine kongenitale Anomalie ist, wie Jadassohn wahr haben möchte, lassen die Resultate der histologischen Untersuchungen von Veress und der meinigen nicht die von Unna ausgesprochene Hypothese zu, daß man an umschriebene Atrophie des Schädels oder an umschriebene Hypertrophie des Haarbodens oder an eine kongenitale Anomalie des Haarbodens denke, die neben jene Naevi zu setzen ist, die nur im erwachsenen Alter zu sehen sind oder nach Pospelow an eine embryonale Anomalie denke, die im erwachsenen Alter unter pathologischem Einflusse, vielleicht in der Folge von atrophischen Veränderungen der rudimentären Reste des M. platysma myoides auftritt.

Ich halte auf Grund der klinischen und histologischen Untersuchung dafür, daß man spezielle anatomische und pathologisch-anatomische Verhältnisse der behaarten Scheitelregion annehmen muß.



In der behaarten Scheitelregion einiger Individuen konstatiert man in Wirklichkeit, wenn auch nicht häufig, den besonderen Charakter, bestehend in einer genügend ausgesprochenen Abhebbarkeit in Falten, die man als eine kongenitale Anomalie erachten muß; dazu kommt meistens ein dickes, dunkles und kräftiges Haar vor.

Die Haare in der Scheitelregion zeigen, wenn sie dunkel und dicht und besonders, wenn sie kurz geschoren sind, wie bei erwachsenen Menschen, eine solche Steifheit, daß sie, zum Unterschiede von den anderen behaarten Regionen, in der bevorzugten Stützlage des Kopfes, eine gewisse Pression gegen die Tiefe und als äußere Reize als Stachel wirken können, sei es, indem sie direkt, als einzige Ursache, mehr oder minder intensive und daher klinisch in ihrem Anfange und Verlaufe mehr oder minder wahrnehmbare, tiefe, perifollikuläre, entzündliche Prozesse hervorriefen, sei es, daß sie als Mitursache konkurierren, in einer solchen umschriebenen Zone mehr oder minder alte, vorausgegangene, nur anscheinend gelöste, entzündliche Prozesse wieder anzufachen. Die Pression infolge der Steifheit der Haare wurde von meinem Patienten auch subjektiv empfunden; er verglich sie mit einer harten stechenden Bürste.

Diese Hypothese erklärt den umschriebenen topographischen Sitz der Veränderung und den tiefen histologischen Sitz des sklerosierenden entzündlichen Prozesses, der, wie bei der Besprechung der Histopathogenese erwähnt wurde, durch Verengerung die Falte hervorruft, in seinen Wirkungen dem gleich kommt, was man künstlich durch enge Nähte in der Tiefe zwischen zwei nahen Zonen erreichen könnte.

Wenn man aber in Erwägung zieht, wie die Prädisposition in einer abnormen Abhebbarkeit in Falten des Haarbodens in der Scheitelregion dargestellt wird, wie die Steifheit der Haare, die man bei Individuen sieht, die ihre dichten und harten Haare kurz geschoren tragen, eine große Rolle spielt, so wird man verstehen, warum diese Deformität, wenn auch an und für sich selten, weder bei Frauen mit ihrem langen Haare, noch bei Knaben mit dünnen und biegsamen Haaren beobachtet wird.

Wenn man andererseits der Steifheit der Haare einen direkten kausalen Wert in den oben erwähnten prädisponieren-



den Verhältnissen zugesteht, ist es doch möglich, sich zu erklären, warum anamnestisch die Präexistenz eines auch nicht klinisch wahrnehmbaren entzündlichen Prozesses vorhanden sein muß. Ein Ekzem oder eine andere entzündliche Affektion des Haarbodens im Kindesalter dürfen deswegen nicht als nötige entfernte Ursachen der Bildung der Falten angesehen werden.

Tiefe Prozesse von trockenen Perifollikulitiden und Follikulitiden, ohne Erscheinungen von pustulösen Ostiofollikulitiden, können mit chronischem Verlaufe langsam in der Tiefe jenen Ausgang von sklerosierter Retraktion vorbereiten, die sich klinisch mit der Falte zeigt.

Demjenigen, der einwenden möchte, daß die Steifheit der Haare keine Bedeutung für die Pathogenese hat, da die Falten auch bei Individuen aufgetreten sind, die kahl waren, könnte man antworten, daß da die Verengerung der sklerosierten tiefen Zonen nicht die unmittelbare Folge des präexistierenden entzündlichen Prozesses ist, die Bildung der Falten ihrerseits den mehr oder minder verzögerten Ausgang eines entzündlichen Prozesses wird darstellen können, der sich während der Periode, in der der Scheitel noch dichte und kräftige Haare hatte, entwickelt hat.

Es stellt also diese Deformität, unter den erwähnten prädisponierenden Verhältnissen, in jedem Falle den Ausgang eines mehr oder minder lange zurückliegenden, histologisch immer nachweisbaren, klinisch manchmal, sei es wegen des Mangels von objektiven Erscheinungen (Dermatitides silentes), sei es wegen des Fehlens von subjektiven Symptomen nicht nachweisbaren, entzündlichen Prozesses dar.

Literatur.

1. Audry. Pachydermie occipitale vorticillée. Ann. de Dermatol. Avril 1909.

2. Bogrow. Ein Fall von Cutis verticis gyrata. Monatshefte für prakt. Dermatol. Bd. L. H. 1.

3. Jadassohn. Verh. d. deutschen derm. Gesellsch. IX. Kongreß zu Bern. pag. 432.

4. Pospelow. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. venerische Krankheiten. 1909. Bd. XVIII.

5. Unna. Cutis verticis gyrata. Monatsh. f. pr. Derm. Bd. XLV.

6. Veress. Über die Cutis verticis gyrata. Derm. Zeitschr. Bd. XV.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. IX.

Fig. 1. Photographie.

Fig. 2. Tiefer Sitz der Infiltration an der Basis der Falte.

Fig. 3. Anordnung der Follikel in der Furche zwischen Falte und Falte.

Fig. 4. Qualität der Infiltration. Runde kleine Zellen, Plasmazellen und Riesenzellen.

Fig. 5. Fibroblastische Umwandlung der Infiltration. Beginn der Sklerose.

Fig. 6. Fehlen des elastischen Gewebes an der sklerosierten Basis der Falte.

Aus dem italienischen Manuskripte übersetzt von M.U.Dr. Costantino Curupi in Prag-Bagni di Telese.

Aus der serodiagnostischen Untersuchungsstation
der deutschen dermatologischen Univ.-Klinik in Prag.
(Vorstand: Prof. Kreibich.)

Klinische und serologische Untersuchungen bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der malignen Formen.

Von

Dr. **Hugo Hecht**,
Assistenten der Klinik.

I. Negative Seroreaktion bei florider sekundärer Syphilis.

Die ersten Zusammenstellungen der serologischen Befunde bei manifester Syphilis zeigten für Kranke im Sekundärstadium 82—90% positiver Wassermannscher Reaktion, für solche in der Tertiärperiode noch ungünstigere Verhältnisse. Also immerhin eine beträchtliche Zahl von Fällen, in denen sich die Serodiagnostik als unzulänglich erwies. Mit der Verbesserung der Technik sank auch die Zahl negativer Reaktionen bei florider Syphilis; doch blieben noch 2—7% übrig, bei denen sich scheinbar paradoxer Weise die syphilitische Erkrankung nicht aus einer Serumuntersuchung konstatieren ließ.

Bei Primäraffekten konnte man sich dieses Verhalten leicht erklären; das syphilitische Virus braucht eben Zeit, bevor es den Organismus so durchdringt, daß es eine Allgemeinerkrankung hervorruft, für die der positive Ausfall der Seroreaktion bloß ein Symptom ist. Im Sekundärstadium aber, wo die Haut- und Schleimhauterscheinungen den sichtbaren Ausdruck für das Befallensein des ganzen Organismus darbieten, muß ein negativer Ausfall der Seroreaktion auf ganz besondere Ursachen zurückzuführen sein.

Blaschko fand negative Seroreaktion in 70 von 1400 Untersuchungen bei manifester Lues. Dabei handelte es sich nicht um ausgedehnte Prozesse, sondern um isolierte Papeln, Plaques oder Ulcera der Haut oder Schleimhaut, ferner vorgeschrittene Tabes, Hirnsyphilis und Knochenerkrankungen.

Bering konnte bei der sog. monosymptomatischen Lues (tertiäres Stadium) einen höheren Prozentsatz negativer Reaktion (63%) konstatieren



als bei ausgedehnten Prozessen (7%). Zur monosymptomatischen Lues sind Gehirnlues (Gummen) und Knochenerkrankungen zu rechnen.

Marschalkó, Janczó und Csiki finden negative Reaktion hauptsächlich nur dann, wenn die Symptome sehr geringfügig sind z. B. ein einziger Plaque auf der Tonsille; ferner in 2 Fällen von Gumma sterni. Bei einem Falle von Osteomyelitis syphilitica (im 2. Jahre der Lues) fand sich negative Seroreaktion (Staub). Ähnliche Beobachtungen hat wohl jeder Serolog zu verzeichnen.

Bei unseren 1700 Untersuchungen ergaben 31 mit florider Lues Behaftete **negative Reaktion.**

Betrachten wir diese Fälle manifester sekundärer Syphilis, dann können wir zwei Gruppen schaffen:

1. Vorbehandelte und 2. Unbehandelte.

Daß eine antiluetische Behandlung in den meisten Fällen im stande ist, eine positive Seroreaktion zum Verschwinden zu bringen, ist schon seit langem bekannt und zur Genüge bestätigt. Es wird sich später Gelegenheit bieten, die Wirkungsweise der antiluetischen Behandlung auf den Organismus und mithin auf den Ausfall der Seroreaktion zu besprechen, hier sei nur so viel gesagt, daß nicht der Quecksilbergehalt des Serums die Ursache der Reaktionsänderung ist, sondern daß es sich um eine nur durch Vermittlung des Organismus ausgeübte spezifisch antiluetische Wirkung des Quecksilbers resp. anderer Medikamente handelt. Nicht nur Quecksilber und Atoxyl, sondern auch Zittmannscher Dekokt (Bering) und Arsazetin (Jenssen) zeigen diesen Erfolg, keineswegs aber Jodkali (Mühsam) allein.

Bei 11 Patienten, die während der Behandlung — nach mindestens 3 Schmiertouren — untersucht wurden, wurde negative Seroreaktion konstatiert; bei allen waren noch Reste syphilitischer Erscheinungen vorhanden. Die Behandlung erklärt aber den negativen Ausfall der Seroreaktion zur Genüge.

Die übrigen schon vor kürzerer oder längerer Zeit vorbehandelten Fälle mögen dem klinischen Bilde nach in zwei Gruppen besprochen werden.

a) Fälle mit leichten Erscheinungen nach meist genügender Vorbehandlung. Im ganzen fanden sich fünf, die negative Reaktion zeigten.

Das Bild dieser Fälle ist fast immer dasselbe: Ganz vereinzelte, geringfügige Symptome wie z. B. eine kleine, zarte



Papel am Genitale oder ein paar rote Flecke in den Hohlhänden. Bei allen wirkt die antiluetische Behandlung in ausgezeichneter Weise, denn binnen kurzer Zeit sind die Symptome verschwunden.

b) Fälle mit schweren Erscheinungen und Vorbehandlung (siehe Tabelle I).

In dieser Gruppe haben sich Fälle zusammengefunden, denen bis auf Fall 4 die schwere Beteiligung des Allgemeinbefindens (3 Fälle von Lues maligna, 1 Fall von chron. Alkoholismus) gemeinsam ist. Es ist mehr als wahrscheinlich, daß dies die Ursache der negativen Seroreaktion ist, was auch für Fall 4 anzunehmen ist (schwache Konstitution). Die vorher durchgemachte Behandlung steht mit dieser Erscheinung sicherlich nicht in Zusammenhang, ja wir sehen hier zweimal die scheinbar paradoxe Tatsache, daß die Reaktion während der Behandlung plötzlich umschlägt, positiv wird; die Bedeutung dieses Phänomens für Prognose und Therapie wird später erörtert.

Bei klinisch sichergestellten Fällen unbehandelter Lues ist man stets von einem negativen Ausfall der Seroreaktion überrascht. Es wäre sehr vorteilhaft, wenn es möglich wäre, im klinischen Bilde dieser Fälle etwas allgemein Charakteristisches zu finden, das schon vor der Serumuntersuchung auf diese Möglichkeit aufmerksam macht. Zu diesem Zwecke möge wieder eine Sonderung der Schwere der Erscheinungen vorgenommen werden.

a) Fälle mit leichten Erscheinungen.

Tabelle II.

Prot.-Nr.	Zeit der Infektion	Derzeitige Symptome	Verhalten der Lymphdrüsen	Reagiert auf Hg-Behdlg.	Bemerkungen
454	Oktober 1908	2./II. 1909 Papulae praeputii	Scleradenitis inguinalis	gut	nach 2 Touren und lokaler Behandlung mit grauem Pflaster symptomlos
258	Oktober 1908	14./XII. 1908 Roseola	Scleradenitis universalis	gut	nach 2 Touren symptomlos, 22./XII. negativ
1321	Oktober 1909	7./XII. 1909 Sklerosenrest Roseola	Scleradenitis inguinalis	gut	nach 3 Einreibungen (10./XII.) negativ, nach 9 Einr. (17./XII.) neg.



Tabelle I.

Zahl	Zeit der Infektion	Derzeitige Symptome	Verhalten der Lymphdrüsen	Frühere Behandlung	Reagiert auf Hg	Bemerkungen
1. J. F.	25./XII. 1907	1./IX. 1908, Lues maligna (Fall 2) Rupia luetica, Ulcera muc. oris	normal	6 Touren	mäßig, Stomatitis	auch Jodismus, nach 4 Touren geheilt
2. F. P.	unbekannt	Lues mal. (Fall 8) 10./XI. 1909 Periost. Perforatio septi nasi, Ulcus muc.	normal, später Schwellung	1 Kalomelinjektion, 4 Hydrarg. salicyl., 2 Touren, 4 Kalomelinjekt.	nur auf Kalomelinjekt.	10./XI. 1909 negativ, 3./II. 1910 negativ, 8./IV. neg. (Wechselmann) 23./IV. neg. Spitzenaffekt.
3. F. K.	unbekannt	Lues mal. (Fall 9) 17./XII. 1909 papulo-tuberöses Syphilid	normal, später Schwellung	7 Sublimatinjekt., 2 Touren	erst schlecht, dann gut	24./VII. 1909 positiv, 17./XI. 1909 negativ, 7./I. 1910 pos., 27./I. neg., 22./II. neg., 4./III. neg. (Wechselm.), 19./III. neg. Spitzenaffektion
4. A. L.	vor 4 Jahren	18./I. 1909 Lues rupioides (zahlreiche Geschwüre am ganzen Körper)	normal	15 Touren, zuletzt vor 2 Jahren	gut	schwächlicher, kleiner Mann, nach 3 Touren geheilt
5. A. J.	August 1908	Sclerosis in sanatione, Exanthema maculosum, Psoriasis palmaris, Papulae exulc. ad anum, Angina specif.	Scleradenitis inguin. bilateral. sonst normale Drüsen	im Frühjahr 1908 3 Sublimatinjekt. (1%) und 4 Touren	gut	Potator strenuus! Nach 3 Touren schwach positiv

Gemeinsam ist diesen Fällen die leichte Form ihrer Erkrankung, zumeist das erste sekundäre Symptom, deutlich ausgeprägte Schwellung der Lymphdrüsen, gutes Vertragen der Schmierkur und deren prompte Wirkung auf die Erscheinungen.

b) Fälle mit schweren Erscheinungen.

Tabelle III.

Nr.	Zeit der Infektion	Derzeitige Symptome	Verhalten der Lymphdrüsen	Reagiert auf Hg-Behandlung	Bemerkungen
1. M. J.	Novemb. 1908	24./II. 1909 Lichen lueticus	Scler-adenitis modica	sehr langsam	Spitzen-affektion! nach 6 Touren bloß gebessert
2. A. S.	Novemb. 1908	22./I. 1909 Exanthema macul., papulae exulceratae arcus palato-gloss.	Scler-adenitis universal.	gut	nach 2 Touren symptomlos
3. A. K.	un-bekannt	25./I. 1909 Lues tuberosa (großknotig)	normal	schlecht, Stomatit.	alte Frau! nach kurzer Behandl. verläßt sie das Spital ungebess.
4. T. K.	Dezember 1908	17./III. 1909 Exanthema mac.-pap., Papulae muc. oris	Scler-adenitis universal.	nach der 2. Tour Stomatit.	nach der 3. Tour symptomlos
5. R. J.	Mai 1909	23./VIII. 1909 Exanthema pap. pectoris et tergi, Papulae ad anum	Scler-adenitis	mäßig	nach 4 Touren und 2 Hg-sal.-Injektionen bloß gebessert
6. J. T.	Oktober 1909	9.XI. 1909 Exanthema mac. Papulae lab. utr. et mucosae oris	Scler-adenitis inguinalis	schlecht; bekommt während der 2. Tour neue Schleimhautpapeln	starker Raucher! 3./XII. negativ, nach 4 Touren gebessert
7. F. B.	August 1909	13./XI. 1909 Rezidiv-exanthem	normal	gut	am 13./X. (Roseola) positiv, dann schwerer Typhus; die Roseola schwand ohne antiluet. Behandlung

Wir sehen hier Fälle mit Haut- und Schleimhauterscheinungen oft maligner Art (Lichen lueticus, Lues tuberosa), in der Mehrzahl der Fälle findet man deutlich geschwellte Lymphdrüsen; das Quecksilber wird nicht immer vertragen und wirkt oft langsam oder unzureichend. Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, daß es sich oft um schwächliche Individuen (Fall M. J.), alte Leute (Fall A. K.) oder anderweitig mitgenommene (Fall F. B. post typhum) Menschen handelt.

Die Fälle mit leichten Erscheinungen, seien sie unbehandelt oder vor längerer Zeit behandelt, verhalten sich fast ganz gleich. Die Quecksilberbehandlung wird in jeder Form ausnahmslos gut vertragen und wirkt in ausgezeichneter Weise prompt auf den Rückgang der Symptome ein. Die negative Seroreaktion ist scheinbar bloß der Ausdruck der geringen Aktivität des Krankheitserregers, wofür die leichten Symptome sprechen.

Zu dieser Gruppe darf man die Fälle mit bloß anfangs beobachteter negativer Reaktion nicht zählen. Es werden Beobachtungen berichtet, daß während oder nach einer Kur die ursprünglich negative Reaktion positiv wurde. Hier sind zunächst die Fälle von Roseola zu erwähnen, bei denen erst einige Tage (oder Wochen) nach Ausbruch des Exanthems die Reaktion positiv wird. So z. B. erwähnen Gjorgjević und Šavník, daß einmal bei reichlicher Roseola die Reaktion in der zweiten Woche, bei einem andern Fall mit reichlicher Roseola und nässenden Kondylomen nach 10 Tagen positiv wurde. Die Erklärung für dieses Verhalten fällt nicht schwer, wenn wir uns vor Augen halten, daß die positive Reaktion auf dem Vorhandensein gewisser Antistoffe beruht und bloß ein Symptom für die vollständige Durchseuchung des Organes ist; dazu benötigt aber der Erreger erfahrungsgemäß bei verschiedenen Individuen verschieden lange Zeit.

Eine andere Gruppe bilden wieder Fälle von latenter oder Rezidivlues, bei denen nach der Behandlung die erst negative Reaktion positiv wird.

Diese Fälle werfen scheinbar ein schlechtes Licht auf die Zuverlässigkeit der Seroreaktion. Nun hat aber Mulzer konstatiert, daß während einer Hg-Kur bisher unerklärliche



Schwankungen im Ausfall der Seroreaktion eintreten; ein Wechsel im Positiv- und wieder Negativwerden der Reaktion kann sich während der Kur beliebig oft wiederholen. So wurde z. B. in 5 von 33 untersuchten Fällen (Blumenthal und Roscher) die anfangs negative Reaktion am Schlusse der Kur positiv (abgekapselte Herde werden geweckt?). Donath beobachtete zwei Fälle mit negativer Seroreaktion, bei denen nach 12 *g* Unguent. hydrarg. innerhalb 8 Tagen die Reaktion positiv wurde. Kontrolluntersuchungen bei 18 normalen Individuen stellte fest, daß das Hg selbst die Wirkung nicht hervorrufen könne. Demnach erscheint es plausibel, an eine Wechselwirkung zwischen Lues und Hg zu denken, derart, daß durch die Behandlung eine positive Reaktion hervorgerufen werden kann, provokatorische Behandlung. Buschke und Harder haben zur Abkürzung des zweiten Inkubationsstadiums bei 46 Kranken Sublimatinjektionen à 0·04 gemacht; in 20 dieser Fälle traten nach den Injektionen Allgemeinerscheinungen auf. Wir kennen schon ein anderes analoges, klinisches Symptom: Das Auftreten der Herxheimerschen Komponente nach einer provokatorischen Hg-Injektion bei zweifelhaften Exanthemen. Erwähnen wir noch eine von Watraszewski herrührende Beobachtung — er sah durch eine zur Unzeit begonnene Hgkur bei einer lange nicht mehr behandelten alten Syphilis dieselbe wieder aufflammen und schwere Späterscheinungen zeitigen — dann haben wir eine Kette von Erscheinungen, die uns die Wirkung des Hg auf den luetischen Organismus sehr schön demonstrieren. Herxheimersche Quecksilberkomponente, provokatorisch hervorgerufene positive Reaktion, provokatorisch hervorgerufene manifeste Krankheitserscheinungen sind nur quantitativ verschiedene Symptome auf qualitativ gleicher Grundlage.

Unter 12 Fällen mit schweren Erscheinungen befinden sich 5 mit malignen Formen (Tabelle 1 : 1, 2, 3; Tabelle 3 : 1, 3). Ein Unterschied zwischen schon Vorbehandelten und Unbehandelten ist nicht zu konstatieren. Das prädisponierende Moment ist in den meisten Fällen eine schwache (Tabelle 1 : 1, 4; Tabelle 3 : 3) oder durch die verschiedensten Ursachen z. B. Tuberkulose (Tabelle 1 : 2; Tabelle 3 : 1), allgemeine Ekzemati-



sation (Tabelle 1 : 3), chronischer Alkoholismus (Tabelle 1 : 5), Typhus (Tabelle 3 : 7) geschwächte Körperkonstitution. Quecksilber wirkt nur in einem Teile der Fälle günstig ein und auch hier oft nur langsam; parallel damit scheint das Verhalten der Lymphdrüsen zu gehen, insofern nämlich, als bei allgemeiner Lymphdrüsenschwellung eine günstigere Prognose gestellt werden kann.

II.

Ätiologie der negativen Seroreaktion.

Es ist von vornherein klar, daß es schwer ist, Vorgänge zu erklären, über deren Ursachen und Zustandekommen wir sehr wenig wissen. Deshalb kann all dem Folgenden nur ein hypothetischer Wert zuerkannt werden. Aber eine Hypothese erfüllt ihren Zweck, wenn sie Lücken in unserem realen Wissen überbrückt und so die zum Verständnisse nötige Verbindung zwischen Bruchstücken herstellt.

Ehe der Versuch, das Fehlen der sogenannten Lues-Antikörper zu erklären, unternommen wird, muß erst der Begriff „Antikörper" fixiert werden. Wir wissen zwar nicht, was die Antikörper sind, dagegen ziemlich gut, was sie nicht sind; denn eines ist heute unbestritten, die mit der W. R. nachweisbaren Antistoffe haben mit dem Syphiliserreger direkt nichts zu tun. Zwar wird von einer Seite, als deren Wortführer Bruck angeführt sein mag, die Behauptung aufgestellt, „daß bei der Komplementbindung durch Luesextrakt und Luesserum außer dem nicht spezifischen Moment der Autoantikörperwirkung auf Eiweißlipoide, ein spezifischer Faktor Syphilisambozeptor + Syphilisantigen mit beteiligt ist".

Auf diese spezifische Komponente werden auch die besseren Resultate bei Verwendung des wässerigen Luesleberextraktes zurückgeführt. Nun ist aber bekannt, daß die im Luesextrakte wirksamen Stoffe auch in normalen Organen vorkommen, allerdings in weit geringerer Menge. So z. B. enthält ein Normalleberextrakt 3 mal weniger Seifenstoffe als ein Luesleberextrakt (Liefmann). Es wirkt also bei letzterem nur das Mehrfache der wirksamen Substanzen. Außerdem hat Toyosumi nachgewiesen, daß das „Antigen" zu diesen mit der

W. R. nachweisbaren Antikörpern in normalen Organzellen enthalten, also nicht an den Lueserreger gebunden ist. Und da die bei den anderen nicht luetischen Erkrankungen, die meist konsumierende, also mit Eiweißzerfall einhergehende sind, mittels des Leberextraktes nachweisbaren Antikörper sich zu demselben Antigen spezifisch verhalten, gewinnt die Anschauung, daß es sich bei diesen Antikörpern um solche gegen die eigenen Eiweißzerfallsprodukte handelt (Weil und Braun), eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit.

Vorher mögen noch einige Versuche angeführt werden, die in der Absicht unternommen wurden, den spezifischen Faktor (Bruck) bei der Seroreaktion der Syphilis nachzuweisen.

Der Ausgangsgedanke der Versuche war folgender: In dem Primäraffekt ist der Lueserreger, für den jetzt fast allgemein die Spirochaeta pallida angesehen wird, in gewisser Menge vorhanden. Im Sekundärstadium ist die Erkrankung generalisiert; der Organismus hat gegen den Krankheitserreger Immunstoffe gebildet, die nach der von Bordet und Gengou ausgearbeiteten Methode der Komplementbindung zur Identifizierung des verursachenden Erregers herangezogen werden können. Bringt man also den im Primäraffekt befindlichen Erreger in genügenden Quantitäten mit Komplement und dem Serum eines Luetikers (Antikörperserum) zusammen, dann muß das Komplement gebunden werden, wenn der zum Versuche benützte Erreger für das Krankheitsbild spezifisch ist.

Einige (8) Vorversuche dienten dazu, die Technik der Untersuchungen festzustellen.

Um Nebenwirkungen artfremder Sera (Meerschweinchen- und Kaninchenserum) auszuschalten, wurde mit dem im aktiven Antikörperserum enthaltenen hämolytischen System gegen Hammelblut gearbeitet. Von Sklerosen oder breiten Kondylomen wurde mittels kleiner Schröpfköpfe Reizserum angesaugt. Das anfangs etwas blutige Serum war dann bei wiederholter Entnahme von derselben Stelle fast klar. Da vergleichende Untersuchungen bezüglich des Spirochaetengehaltes der einzelnen Portionen ergaben, daß die Zahl derselben bei zu häufiger Entnahme von derselben Stelle sich zusehends verminderte, wurden stets mehrere Stellen zum Absaugen benützt. Das so gewonnene Reizserum kam in ein enges graduiertes Röhrchen, in dem sich $1/_2$ *ccm* physiologischer Kochsalzlösung befand. Zu jedem Versuche wurde fast stets mindestens 0·5 *ccm* Reizserum benützt und 2 Stunden auf einer elektrischen Zentrifuge zentrifugiert.



Die klare, gelbe Flüssigkeit wurde sorgsam abgehoben und der Bodensatz als Antigen benützt. Das Antikörperserum lieferten Sekundärluetische, womöglich unbehandelte Fälle; knapp vor dem Versuche wurde die Menge 2% Hammelblutemulsion bestimmt, die von 0·1 *ccm* des frischen Antikörperserums in 1 Stunde klar gelöst wurde. Dann gab man 0·1 *ccm*

Tabelle V.

Nr.	Reizserum von	Reizserum Menge	Antikörperserum von	Komplementbindung mit Bodensatz	Komplementbindung mit Herzextrakt	Spirochaeten im Bodensatz
1	Scleroedema lab., (Lues cond.)	0·5	L. c. (Inf. 1908) (1005)	—	++	zahlreich
2	Breiten nässenden Papeln am Genitale	0·4	L. c. (unbehandelt) (1021)	—	+++	nicht unters.
3	Nässenden Papeln (1021)	0·5	von demselben Fall (1021)	—	+++	zahlreich
4	Oedema labior., (L, c., pap. erosae)	0·4	L. c. (Inf. vor ½ Jahr)	+++	+	mäßig
5	Nässenden Papeln (nach 1 Schmiertour)	0·5	L. c. papula-crust. (Inf. vor ½ Jahr)	—	+++	wenig
6	Sklerosenrest und Papeln (1176)	0·6	L. c. (unbehandelt) (1177)	—	+++	keine
7	Hypertrophischen Papeln (1177)	0·5	L. c. (unbehandelt) (1176)	+++	+++	sehr zahlreich
8	Hypertrophischen Papeln	0·7	L. c. (unbehandelt) (1186)	Spur?	+++	spärlich
9	Fall 7 nach 2 Einr. mit Ung. cin.	0·7	L. c. (unbehandelt) (1186)	—	+++	sehr zahlreich
10	Nässenden Papeln (L. c. unbeh.)	0·5	L. c. (unbehandelt) (1278)	—	+	spärlich
11	Scler., Oed. parmag. lab. min. et maj.	(·5	L. c. (unbehandelt) (1313)	—	+++	zahlreich
12	Exulzeriert. Papeln (L. c. unbeh.)	0·4	L. c. (unbehandelt) (1322)	—	+++	mäßig
13	Hypertr. Papeln von Fall 2 (5 Mon. später)	0·5	L. c. (unbehandelt) (1467)	—	++	zahlreich
14	Oedema magnum lab. (L. c. unbeh.)	0·5	L. c. pap.-pust. (1558) (unbehandelt)	—	+++	sehr spärlich

Antikörperserum in das Röhrchen mit dem Bodensatz, fügte 1 *ccm* physiologischer Kochsalzlösung hinzu und ließ das Gemisch 1 Stunde im Thermostaten. Hernach zentrifugierte man nochmals, übergoß die klare Flüssigkeit in ein anderes Röhrchen, in dem sich die durch den Vorversuch bestimmte Hammelblutmenge befand und stellte es nun wieder auf eine Stunde in den Thermostaten. Zur selben Zeit wurde das Antikörperserum auf sein Verhalten gegen einen alkoholischen Herzextrakt geprüft. Von dem Bodensatz verstrich man eine Öse auf Objektträger und untersuchte nach Giemsas Färbung auf Spirochaetae pallidae.

Bei 14 Untersuchungen ergab sich mit dem aus Reizserum gewonnenen Bodensatz als Antigen und einem Luesserum als Antikörperserum zweimal Komplementbindung, mit alkoholischem Herzextrakt in allen Fällen. Spirochaetae pallidae konnten (in 13 Fällen) dreimal sehr zahlreich, viermal zahlreich, fünfmal in mäßiger Menge und einmal gar nicht nachgewiesen werden. In Fall 4 fanden sich mäßig viele Spirochaeten, schwach positive Seroreaktion und komplette Hemmung mit dem Bodensatz. Dagegen entspricht im Falle 7 die komplette Hemmung mit dem Bodensatz dem reichlichen Spirochaetenbefunde und der stark positiven Seroreaktion und scheint für Bruck zu sprechen.

Doch können aus einem vereinzelten Versuche keine bindenden Schlüsse gezogen werden. Zieht man aber die Untersuchungen von Schlimpert in den Bereich der Betrachtungen, wonach sich eine Beziehung zwischen Spirochaetengehalt und wässrigem Extrakt nicht feststellen ließ, daß ferner Lungen trotz zahlreicher Spirochaeten keinen wirksamen Extrakt liefern, dann können vorliegende Versuche als Stütze für die Weil-Braunsche Auffassung herangezogen werden. Denn es gelingt mittels der Methode der Komplementbindung nicht, im Serum frisch Luetischer spezifische Antikörper gegen den Lueserreger zu konstatieren. Deshalb wird den nachfolgenden Betrachtungen diese Anschauung über die Genese der mit der Wassermannschen Reaktion nachweisbaren Antikörper zugrunde gelegt.

1. Leichte Erscheinungen an der Haut oder Schleimhaut gehen mit sehr geringem Eiweißzerfall, vielleicht sogar ohne einen solchen einher; eine Produktion von Anti-Stoffen findet nur in so mäßiger Menge statt, daß sie mit der Seroreaktion nicht nachgewiesen werden können. Es erscheint auch leicht



verständlich, daß Krankheitsprodukte, die den Organismus so wenig beeinflussen, einer geeigneten Behandlung leicht weichen.

Daß in dem einen Fall von isolierten Papeln die Seroreaktion negativ, in einem anderen klinisch ganz gleichen oft stark positiv sein kann, lehrt die Erfahrung; schließlich kann man die Möglichkeit nie ganz ausschließen, daß sie bei letzterem an den inneren Organen Krankheitsprozesse luetischer Natur abspielen und so die eigentliche Quelle der Antikörper sein können. Denn es ist wahrscheinlich, daß die Antikörper und zwar hauptsächlich bei Spätsyphilis wenigstens vorzugsweise in der Umgebung des erkrankten Organs gebildet werden. (Levaditi.)

2. Bei sehr starken Erscheinungen von seiten der Lues findet ein starker Eiweißzerfall und mithin in der Regel eine dementsprechende Antikörperbildung statt. In gewissen Fällen aber sahen wir, daß trotz schwerer, zum Teil sogar maligner Prozesse die Seroreaktion negativ war. Man kann sich vorstellen, daß dieselbe Ursache, die den schweren Erscheinungen zu grunde liegt, auch den negativen Ausfall der Seroreaktion bedingt. Der durch die verschiedensten Ursachen geschwächte oder in Ausnahmsfällen von Natur aus gegen den Syphiliserreger sehr empfängliche Organismus kann trotz der Unmenge von Eiweißzerfallsprodukten gegen diese keine Antikörper bilden. Die negative Seroreaktion ist nicht die Ursache für die schweren Erscheinungen, sondern bloß ein Symptom, das die Unfähigkeit des Organismus, Antikörper zu produzieren, klar zum Ausdruck bringt. Ein Fall, der diese Anschauung unterstützt (Tabelle 2, Fall 3), zeigte anfangs ganz normalen Verlauf der Syphilis mit positiver Seroreaktion. Durch ein universelles Ekzem wurde sein Organismus derart geschwächt, daß er trotz intensivster Syphiliserscheinungen nicht imstande war, Antikörper auch nur in geringer Menge zu produzieren, daher negative Reaktion (mehreremals untersuchte). Ein Zeichen für das allgemeine Darniederliegen der normalen Reaktionsfähigkeit des Organismus konnte in der gleichzeitig bestehenden Überempfindlichkeit gegen Jod, Arsen und Quecksilber erblickt werden. Unter größtenteils roborierender Behandlung erholte sich der Kranke und bot eines Tages minder positive Reaktion dar.

Der Organismus war wieder gekräftigt, und den besten Beweis dafür bot das gute Vertragen und die gute Wirkung der daraufhin neuerdings eingeleiteten Quecksilberbehandlung. In einem anderen Fall (Tabelle 4, Fall 7) reagierte ein Patient nach einem Typhus, trotzdem er ganz unbehandelt war und schwere Erscheinungen darbot, negativ; einen Monat zuvor gab sein Serum vor dem Ausbruch des Typhus stark positive Reaktion. Spillmann und Lanny fanden bei einem Fall von manifester Lues negative Reaktion und sehen eine soeben durchgemachte fieberhafte Influenza als Ursache für dieses Verhalten an.

Sowie Typhus und Influenza, ferner universelles Ekzem den Organismus schwächen und einen vollständigen Mangel an Antikörpern hervorrufen können, so hat man sich auch die Wirkung des Alters (Tabelle 4, Fall 3), des chronischen Alkoholismus (Tabelle 2, Fall 5), der Tuberkulose in einer allgemeinen Schwächung und der dadurch bedingten Unmöglichkeit, Antikörper zu bilden, vorzustellen. Auch Müller, Werther und andere sehen als Ursache der negativen Reaktion bei maligner Lues die mangelnde Bildung von Antikörpern an. Hier stellt aber eine konstant negative Reaktion keine günstige Prognose und ist nicht als Zeichen der Heilung des luetischen Prozesses anzusehen.

Schließlich gibt es Individuen, bei denen eine Ursache für die negative Reaktion nicht zu eruieren ist; es sind sonst ganz gesunde, oft kräftige Menschen. Es bleibt nur die eine Möglichkeit übrig, eine angeborene Unmöglichkeit, Antikörper zu bilden, anzunehmen. Bei solchen Individuen führt denn auch erklärlicherweise die Syphilis zu stark destruierenden Prozessen und zu schweren Schädigungen des Allgemeinbefindens, kurz es sind Fälle von maligner Lues unbekannter Ätiologie.

3. Manchmal tritt erst während der Behandlung bei florider Lues eine positive Reaktion auf; als Ursache hiefür kommt natürlich ebensowenig wie im entgegengesetzten Falle — Negativwerden der Reaktion — das Vorhandensein des Quecksilbers oder anderer Medikamente im Serum in Betracht, sondern es handelt sich um eine durch das Medikament hervorgerufene Umstimmung des Organismus. Ob dieselbe dadurch hervorgerufen wird, daß der Lueserreger durch die spezifisch



bakteriziden Eigenschaften des Hg beseitigt wird oder ob es sich um eine Vermehrung der normalen Schutzkräfte gegen Infektionen, wie der Bakteriolysine (Kreibich), der Hämolysine (Dohi) handelt, muß dahingestellt bleiben. Doch spricht für letztere Anschauung der Umstand, daß es gelingt, durch bloße roborierende Behandlung die positive Reaktion hervorzurufen. (Vergl. Tabelle 2, Fall 3.) Meist geht mit dem Positivwerden der Reaktion unter der Behandlung ein Rückgang der Erscheinungen einher, so daß man diese Änderung als günstiges Zeichen für die gute Wirkung des Quecksilbers nur in letzter Linie als Symptom der wiedergewonnenen Reaktionsfähigkeit des Organismus auffassen kann.

Bei latenter Lues kann die bei Beginn der Kur negative Reaktion positiv werden. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, daß durch das Quecksilber alte Herde abgekapselter Erreger zu neuer Tätigkeit erweckt werden, ähnlich der durch Tuberkulin erzeugten Reaktion bei Leuten mit abgelaufener Tuberkulose. Die Tätigkeit des reaktivierten Virus kann einerseits neue Symptome, andererseits durch Vermittlung des Organismus Produktion von Antikörpern, also positive Seroreaktion hervorrufen, ohne daß sichtbare krankhafte Veränderungen wahrzunehmen wären.

4. Schließlich kann man sich vorstellen, daß in gewissen Fällen die Antikörper zwar in genügender Menge vorhanden sind, aber in solcher Form, daß sie nicht nachgewiesen werden können.

Ehrlich hat experimentell festgestellt, daß durch Inaktivierung in manchem Serum Stoffe entstehen, welche die komplementophile Gruppe des Ambozeptors verstopfen und so eine Bindung des zugesetzten Meerschweinchenkomplementes hintanhalten können; er nannte sie Komplementoide.

Wechselmann nahm diesen Gedanken auf, und es gelang ihm, durch Behandlung des betreffenden Serums mit Bariumsulfat die Komplementoide zu entfernen und positive Reaktion zu erzielen, wenn manchmal die Original-Methode ein negatives Resultat ergab. In 3 Fällen von Lues maligna konnte Wechselmann auch mit dieser Methode keine positive Reaktion erzielen, ein Ergebnis, das für die in Absatz 2 geäußerte



Ätiologie der negativen Reaktion bei Lues maligna spricht, nämlich gänzlicher Mangel an Antikörpern. Zwei unserer Lues maligna-Fälle wurden ebenfalls erfolglos nach dieser Methodik untersucht.

Es läßt sich noch eine andere Möglichkeit denken, die die Antikörper dem Nachweise durch die Seroreaktion entzieht; es könnten sich die im Serum kreisenden Antikörper im Organismus selbst unter Komplementbindung mit den sie erzeugenden Eiweißzerfallsprodukten verbinden. Nach den Untersuchungen von Peritz über Lezithin beim Luetiker liegt eine solche Annahme sehr nahe. Er nimmt an, daß progressive Paralyse und Tabes durch Lezithinverarmung des Organismus entstehen und konnte im Verein mit Glikin konstatieren, daß das Knochenmark dieser Kranken entweder vollkommen seines Lezithins beraubt oder doch sehr arm an ihm war.

Bornstein fand eine Verminderung des Lezithins im Gehirn von Paralytikern. Peritz und Blumenthal untersuchten Sera von Syphilitikern auf den Lezithingehalt und fanden zum Teil erheblich gesteigerte Werte, wobei ihnen auffiel, daß sie die höchsten Lezithinwerte fanden, wenn die Reaktion nur schwach angedeutet war. Es ist demnach möglich, daß bei sehr hohem Lezithingehalt des Serums schon im Organismus eine Bindung der Antikörper erfolgen kann. Tatsächlich gelang es Peritz und Porges, die positive Seroreaktion durch Lezithininjektionen zum Schwinden zu bringen, was Quarelli zum Teil bestätigen konnte.

Demnach wäre die negative Seroreaktion bei vorhandener Lues „eine Folge der Erhöhung des Lezithinspiegels im Serum". Nach der Quecksilberbehandlung zeigt sich ein starkes Ansteigen des Lezithingehaltes, wenn die Reaktion schwindet. Untersuchungen über Lezithinausscheidung und Lezithingehalt des Serums bei Lues maligna werden erweisen, ob als Ursache für den häufigen Mangel positiver Seroreaktion das gänzliche Fehlen der Antikörper oder deren Bindung durch zu reichlich ausgeschiedenes Lezithin in Frage kommt.

Wenn man also bei florider sekundärer Lues keine positive Seroreaktion vorfindet, dann kann die Ursache hiefür eine verschiedene sein:

a) Einfluß der antiluetischen Behandlung; der Zeitpunkt der Untersuchung war unpassend gewählt.

b) Bei manchen ersten Exanthemen tritt eine positive Reaktion erst verhältnismäßig spät auf; der Organismus hat noch nicht genügend Antikörper gebildet. Eine 10—14 Tage nach Ausbruch des Exanthems vorgenommene Untersuchung fällt dann meistens positiv aus.

c) Geringe, oft nur vereinzelte Erscheinungen an Haut oder Schleimhaut — sogenannte monosymptomatische Syphilis — beeinflussen den Gesamtorganismus oft nicht in dem Maße, um ihn zur Reaktion, d. h. zur Bildung von Antikörpern zu veranlassen.

d) Bei stark mitgenommenen Individuen findet keine Produktion von Antikörpern statt.

e) Die positive Reaktion kann verdeckt sein, einerseits durch Anwesenheit von Komplementoiden, andererseits durch Lezithin-Überschuß.

Literatur.

Bering. Archiv für Dermat. u. Syphilis. XCVIII. Bd. Heft 2 u. 3.
Blaschko. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 9.
Blumenthal. Dermatologische Zeitschrift. Bd. XVII. Heft 1.
Blumenthal u. Roscher. Medizinische Klinik. 1909. Nr. 7.
Bruck. Die Serodiagnose der Syphilis; Berlin 1909. Verlag Springer.
Buschke und Harder. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 26.
Dohi. Zeitschrift f. exper. Pathologie u. Therapie. Bd. V. 1908.
Donath. Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 45.
Gjorgjević u. Šavník. Wiener klin. Wochenschr. 1910. Nr. 17.
Jenssen. Dermatologische Zeitschrift. 1910. Heft 4.
Kreibich. Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. LXXXVI. Heft 1 u. 2.
Levaditi. Ref. im Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XCVII. p. 408.
Liefmann. Münchner med. Wochenschrift. 1909. Nr. 41.
Marschalko, Janszó und Cziki. Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. CI. pag. 19.
Mulzer. Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 26.
Mühsam. Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 14.
Müller. Wiener klin. Wochenschr. 1909. Nr. 40.
Peritz. Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 2.
— Deutsche med. Wochenschrift. 1910. p. 481.
Quarelli. Ref. im Archiv für Dermat. u. Syph. Bd. XCVII. p. 409.
Schlimpert. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 32.
Spillmann u. Lanny. Cit. nach Bruck.
Staub. Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 3.
Toyosumi. Wiener klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 21.
Watraszewski. Zeitschrift f. Bekämpfung d. Geschl. X. Bd.
Wechselmann. Zeitschrift für Immunitätsf. u. exper. Ther. Bd. III. Heft 5.
Weil u. Braun. Wiener klin. Wochenschrift. 1909. 11.
Werther. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. L. Heft 4.



Mitteilung aus dem Finsen-Institute zu Kopenhagen.
Laboratorium und Hautklinik.

Über Prüfung von Quarzapparaten in der Finsenschen Lichtbehandlung.

Von

K. A. Hasselbalch und **Axel Reyn.**

Man weiß zur Genüge, wie äußerst wichtig es für die Erzeugung der Lichtreaktion und somit für das therapeutische Resultat der Lichtbestrahlung ad modum Finsen ist, daß die ultravioletten Strahlen des Kohlenbogenlichtes nicht in nennenswertem Grade von den Medien, die das Licht passiert, zurückgehalten werden. Deshalb macht man die Linsen aus Quarz, dessen Absorption erst bei ca. 185 $\mu\mu$ beginnt, und verwendet destilliertes Wasser, das von ca. 200 $\mu\mu$ an absorbiert, während nur die dünne Wasserschicht im Quarzkompressorium aus ökonomischen Gründen aus Leitungswasser besteht, dessen Absorption — unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß dieses klar und farblos ist — bei ca. 220 $\mu\mu$ anfängt.

Praktisch genommen darf man behaupten, daß sämtliches Ultraviolett mit Wellenbreiten von 400—220 $\mu\mu$ die Finsenschen Konzentrations- und Druckapparate passiert. Wohl zu beachten: wenn Linsen und Wasserschichten rein sind. Mit Bezug auf die von Lundsgaard[1]) in der Lichttherapie eingeführten prismatischen Quarzkompressorien mit Total-Reflektion gilt zugleich ein anderer Vorbehalt: nur wenn der hinter der Hypothenusenfläche angebrachte Luftraum trocken ist, so daß die reflektierende Fläche sich nicht feucht beschlägt, findet vollständige Zurückwerfung der gesamten einstrahlenden Lichtmenge statt.

In der Praxis ist es offenbar nicht möglich, sich eine vollkommene Ultraviolett-Transparenz dieser Konzentrations- und Druckapparate allein durch regelmäßige Reinigung und sorgfältige Bedienung zu sichern. Zugleich erweist es sich als notwendig, sowohl nach der Reinigung als auch zu jeder be-

[1]) Eine Beschreibung der Apparate findet sich u. a. in Klin. Mon. f. Augenheilkunde. 1909.



liebigen Zeit während des Gebrauches der Lampe in einer relativ einfachen Weise kontrollieren zu können, daß die Transparenz der Apparate absolut ist.

Bisher haben wir uns hier im Institute in dieser Beziehung mit der biologischen Prüfung beholfen: mit der Erzeugung einer typischen Lichtreaktion an gesunder menschlicher Haut durch Bestrahlung mit der in der Klinik gewöhnlich angewandten Technik. Wenn ein neuer Konzentrationsapparat anfänglich mit positivem Resultat in dieser Weise geprüft worden ist und darauf vorschriftsmäßig gereinigt und bedient wird, hat es uns nur äußerst selten Schwierigkeiten bereitet, uns die völlige therapeutische Leistungsfähigkeit zu sichern. Die seltenen Ausnahmen rühren z. B. von eintretenden Undichtheiten der Verkittung der Linsen und hieraus folgenden feuchten Beschlägen her, und wurden von dem geübten Personale stets geschwind erkannt. Es ist klar, daß es, namentlich wo diese Uebung nicht vorhanden ist, zweckmäßig sein würde, über eine leichtere, schnellere und sicherere Prüfung der Leistungsfähigkeit der Konzentrationsapparate als die biologische zu verfügen.[1]) Notwendig wird dies aber, wo es sich um ausgedehnte Benützung des prismatischen Quarzkompressoriums handelt, an welches man, wie genannt, die unumgängliche Forderung stellen muß, daß der Luftraum trocken ist. In unserer Klinik haben wir deshalb jeden Monat sämtliche — ca. 25 — prismatische Kompressorien, die fortwährend im Gebrauch sind, mittels der biologischen Reaktion einer Untersuchung unterworfen. Es versteht sich von selbst, daß es sogar bei einer großen Klientel nach und nach unmöglich wird, ein hinlänglich großes Versuchsmaterial von gesunder Haut und bereitwilligen Patienten zu schaffen, und es wurde deshalb notwendig, nach einer anderen brauchbaren Reaktion umherzuspähen.

Bekanntlich befreit das Licht Jod von Jodwasserstoffsalzen; ist Stärke vorhanden, so vereint das befreite Jod sich mit dieser zu einer in der Kälte braunblaufarbigen Verbindung. Dieses Verhalten wurde im hiesigen Laboratorium in betreff der Wirkung der verschiedenen Spektralabschnitte näher untersucht.[2]) Mit Kromayers Quecksilberquarzlampe als Lichtquelle erwies es sich, daß das Maximum der Wirkung bei 253—230 $\mu\mu$ lag. Deckt man ein Stück feuchten Jodkaliumstärkepapiers zum Teil mittels eines Stückchen Quarzes und exponiert man es dem Lichte der Quecksilberquarzlampe (Abstand 2—3 *cm*),

[1]) Die Unsicherheit bei der Schätzung einer Lichtreaktion kann z. B. von ungewöhnlichen Pigmentierungsverhältnissen des Versuchsindividuums herrühren.

[2]) Siehe Hasselbalch. Bioch. Zeitschr. XIX. 1909. p. 453.

so wird das Papier nach ca. 30 Sek. überall einförmig braunblau werden; Uviolglas (Absorption von ca. 250 $\mu\mu$ an) gibt im Laufe von 2 Min. ein hellbraunes, gewöhnliches farbloses Glas (Absorption von ca. 313 $\mu\mu$ an), eine ganz weiße Abzeichnung auf braunblauem Grunde. Die Reaktion vermag daher mit großer Leichtigkeit und Sicherheit zu entscheiden, ob ein Stoff Quarz, Uviolglas oder gewöhnliches Glas ist, doch kann man hierzu auch andere, ebenso einfache Mittel benutzen.

Die Reaktion läßt sich aber auch zu der weit feineren Aufgabe anwenden: zum Entscheiden, ob die Finsenschen Konzentrations- und Druckapparate für das Ultraviolett des Kohlenbogenlichtes absolut durchlässig sind oder ob die Durchlässigkeit (durch Schmutz, feuchten Beschlag usw.) herabgesetzt ist.[1])

Das von uns benutzte Verfahren ist folgendes:

I. Konzentrationsapparate. Im Innern eines Druckapparates mit planparallelen Quarzplatten ist zwischen diesen und vom Leitungswasser umspült ein halbkreisförmiges Stück gewöhnlichen Glases — Dicke ca. 1 *mm* — angebracht, dessen Diameter mit einem Diameter der Quarzplatten des Druckapparates zusammenfällt; der Druckapparat wird, während die Kohlenbogenlampe brennt, an den zu prüfenden Konzentrationsapparat gespannt. Hinter dem Druckapparate, im Lichtflecke — ca. 2·5 *cm* im Durchschnitt — hält man einen Streifen Jodkaliumstärkepapier an dessen beiden Enden so, daß das Papier der Abkühlung wegen von dem Druckapparate berührt wird, während die Luft ungehinderten Zutritt zur hinteren Seite des Papiers hat. Das Reagens — 2% lösliche Stärke, 5% Jodkalium in destilliertem Wasser — hat man in einer dunklen, verschlossenen Flasche aufgehoben; beim Gebrauch muß es farblos sein. Das Reagenzpapier bereitet man unmittelbar vor der Prüfung, durch Eintauchen eines Streifens trockenen Filtrierpapiers durch den ziemlich weiten Hals der Flasche zu. Im Laufe von 20 Sekunden erscheint nun auf dem Reagenzpapiere ein kreisrunder brauner Fleck, dessen eine Hälfte sehr deutlich heller ist als die andere, dementsprechend, daß das halbkreisförmige Glasstück einige der wirksamen Strahlen von ca. 313 bis 220 $\mu\mu$ zurückgehalten hat. Wäre der Konzentrationsapparat für das Strahlengebiet 313—220 $\mu\mu$ undurchlässig, so würden die beiden Hälften des Fleckes des Reagenzpapieres keinen Unterschied erkennen lassen und es würde eine viel länger als

[1]) Das Kohlenbogenlicht ist bei dieser Prüfung dem Quecksilberlichte vorzuziehen, dessen Übergewicht an Ultraviolett bei einer feineren Prüfung der Ultraviolettdurchlässigkeit eines Mediums ungünstig ist, wenigstens wenn man die Jodkaliumspaltung zum Indikator benutzt.



20 Sekunden dauernde Belichtung erforderlich sein, um eine kräftige Braunfärbung zu erzeugen.

Die Reaktion hat in einer großen Reihe von Fällen sowohl zufällig entstandener als auch experimentell hervorgerufener Betauung und Verunreinigung der Konzentrationsapparate die herabgesetzte Ultraviolett-Durchlässigkeit mit nie versagender Präzision angegeben.

II. Bei der Prüfung des prismatischen Kompressoriums wird dieses in fester Aufstellung ein wenig innerhalb des Fokus des ad modum Finsen konzentrierten Kohlenbogenlichtes mit Abschirmung eventueller Strahlen um den Druckapparat herum angebracht. Hält man das Reagenzpapier über die Austrittsstelle des Lichtes am Prisma, so wird es sich im Laufe von 20 Sekunden deutlich braun färben, wenn das Prisma normal fungiert. Es versteht sich von selbst, daß der bei dieser Gelegenheit angewandte Konzentrationsapparat vorher eine Prüfung erlitten und sich als normal fungierend erwiesen hat.

An 45 prismatischen Druckapparaten haben wir die biologische Prüfung mit der Jodkaliumstärke-Prüfung verglichen und folgende völlige Übereinstimmung gefunden:

	J.-K.-St.-Reakt.	Biol. Reakt.
Gute Funktion	in 35 Fällen	in denselben 35 Fällen,
Zweifelhafte Funktion .	„ 6 „	„ „ 6 „
Schlechte Funktion . .	„ 4 „	„ „ 4 „

Bei den zweifelhaften und schlechten Reaktionen wurden nun die Prismen nachgesehen, d. h. der Luftraum wurde aufs neue ausgetrocknet oder die Höhlung des Prismas wurde gereinigt und darauf ergaben beide Prüfungen eine gute Reaktion. Es verdient vielleicht bemerkt zu werden, daß die Jodkalium-Stärke-Reaktion zuerst angestellt und geschätzt wurde. Das Ergebnis der biologischen Reaktion, das erst am folgenden Tage vorliegen konnte, befand sich, wie aus Obenstehendem zu ersehen, in allen 45 Fällen in genauer Übereinstimmung mit dem der Jodkalium-Stärke-Reaktion.

Es ist mithin gelungen, in dieser einfachen Prüfung ein leicht handhabbares Mittel zu finden, um sich vor therapeutischen Mißerfolgen wegen schlechter Funktion der Finsenschen Konzentrations- und Druckapparate zu hüten.

Über die Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkserkrankungen.

Von

Prof. Dr. **Ludwig Waelsch** in Prag.

(Schluß.)

Histologischer Befund.

1. Primärefflorescenz in Form eines kleinen braunen Infiltrates vom Vorderarm, das fast zur Gänze von einer schmutzig gelbbraunen Kruste bedeckt ist, so daß nur ein schmaler Randstreifen von braunroter Farbe an der Peripherie sichtbar ist.

Entsprechend dem Symptom, welches der Primärefflorescenz ihr eigenartiges klinisches Bild verleiht und im wesentlichen eine eitrig imbibierte geschichtete Schuppenauflagerung darstellt, welche kegelförmig einem umschriebenen Infiltrat aufsitzt, zeigt das histologische Bild als hervorstechendes Symptom eine mächtige Auflagerung, die deutlich eine bandartige Streifung erkennen läßt. Diese letztere kommt dadurch zustande, daß ungemein kernreiche, infolgedessen dunkler gefärbte Schichten in Streifenform abwechseln mit blassen, vorwiegend aus kernhaltigen Hornzellen bestehenden, also parakeratotischen Schichten, die weniger stark von Leukozyten durchsetzt sind. Die Oberfläche dieser Kruste überzieht zumeist eine dünne parakeratotische Hornschichte. Während in den durch die



Peripherie geführten Schnitten diese bandartige Streifung von der Spitze der Kruste bis zu ihrer Basis sich in ziemlich gleichmäßigen Abständen verfolgen läßt, ist bei durch das Zentrum der Effloreszenz geführten Schnitten der oberste Teil der Kruste, ungefähr ein Drittel, eingenommen von eingetrocknetem Exsudat mit äußerst zahlreichen Kernen, die sich schon zu einem Detritus umzuwandeln beginnen; erst darunter beginnt dann wiederum die bandartige Streifung.

In den Zapfen des Rete findet sich deutliche Akanthose, zahlreiche Mitosen, die Zapfen sind verbreitert durch deutliches inter- und intrazelluläres Ödem. In den interzellulären Spalten lassen sich Leukozyten auf ihrem Wege aus der Tiefe gegen die Oberfläche begriffen, nachweisen. In den obersten Schichten des Stratum spinosum, unter der tiefsten parakeratotischen Hornschichte — das Strat. granulosum fehlt völlig — sammeln sich mono- und polynukleäre Leukozyten zwischen den Epithelien und bilden unter Beiseitedrängung und teilweiser Zerstörung der Epithelzellen kleine miliare Pustelchen in verschiedener Größe und Zahl. Durch Vereinigung benachbarter, dicht an einander stehender, kommen dann große Lager von Rundzellen zustande, die aber entsprechend ihrer Entstehung noch immer eine Andeutung der Anordnung in kleinen Zellhaufen erkennen lassen können, die darüber gelegenen Hornschichten empordrängen oder zerstören. An anderen Stellen, besonders gegen das Zentrum des Herdes zu, findet sich auch unter der tiefsten parakeratotischen Hornschichte ungemein dichte leukozytäre bandartige Infiltration, die durch neuerliche, unter ihr beginnende Verhornung von den tiefen Schichten des Epithels abgehoben wird. Augenscheinlich spielt sich der Entzündungsprozeß schubweise ab, indem auf ein Stadium heftiger Entzündung immer wieder neuerliche Parakeratose unter Nachlassen der Entzündungserscheinungen einsetzt. Bevor es aber zu einer vollkommenen Elimination der Exsudatmassen durch die Parakeratose gekommen ist, setzt ein Nachschub akuter Entzündung ein, der das Spiel von neuem beginnen läßt.

Abgesehen von der Verbreiterung und mäßigen Verlängerung der Zapfen des Epithels, ist speziell dort, wo sich in den oberen Lagen des Stratum spinosum Leukozyten ange-

sammelt haben, die suprapapilläre Epithelschichte verdünnt, so zwar, daß nur mehr eine ganz schmale Schichte Epithels die Papillenspitzen von der Hornschichte trennt. Die Papillen selbst sind etwas verlängert und ödematös, von ziemlich zahlreichen überwiegend mononukleären Leukozyten durchsetzt, welche die daselbst sich abspielenden weiteren pathologischen Veränderungen mehr weniger vollständig verdecken. Trotzdem läßt sich an manchen Papillen doch deutlich erkennen, daß die aufsteigende Kapillarschlinge eng, die absteigende maximal erweitert ist und ziemlich zahlreiche polynukleäre Leukozyten enthält. Das subpapilläre Gefäßnetz ist erweitert, von zahlreichen Rundzellen umgeben, wodurch umschriebene kleine Infiltratherde zustandekommen. In der Höhe der Schweißdrüsenknäuel sind wesentliche entzündliche Veränderungen nicht mehr vorhanden.

Die elastischen Fasern fehlen im Bereich der ödematösen, infiltrierten Papillen vollständig. Das elastische Fasernetz schneidet hier ziemlich scharf in der Höhe der Retezapfenspitzen ab. Gegen den Rand der Schnitte zu, treten sie in dem Maße, als die entzündlichen Veränderungen auch hier zurücktreten, wieder mehr und mehr in den Papillen auf. Durch das perivaskuläre Infiltrat werden sie augenscheinlich wenig alteriert, zumeist nur auseinander gedrängt.

2. Von hochgeschichteten Krusten bedeckte ungefähr hellergroße Effloreszenz vom Unterschenkel, die am Rande das braunrote, ihr zugrunde liegende Infiltrat in Form eines schmalen Saumes erkennen läßt.

Waren es im histologischen Bilde der primären Effloreszenz die akut entzündlichen Erscheinungen, welche das Krankheitsbild beherrschten, so zeigt sich in diesem Herde der ganze Prozeß in einem viel chronischeren Stadium.

Die Oberfläche ist bedeckt mit einer dicken parakeratotischen Hornmasse, welche überall, besonders in ihrer Mitte deutliche Streifung erkennen läßt, doch sind die leukozytenkernreichen Schichten viel schmäler und vielfach unterbrochen, in einer Weise, wie wir es bei Psoriasis häufig sehen. Die massigen Schuppen haften nur noch mit ihren Rändern dem Stratum spinosum fest an, gegen die Mitte zu haben sie sich

abgehoben. Im Bereich der Parakeratose fehlt das Stratum granulosum vollständig.

Wie bei der vorher geschilderten Effloreszenz lassen sich auch hier in den obersten Schichten des Stratum spinosum kleine miliare Pustelchen, sowie von Leukozyten stark durchsetzte Epithellücken oder dieselben an manchen Stellen substituierende Anhäufungen von Leukozyten nachweisen. Die Entstehung dieser kleinen Pustelchen läßt sich hier, entsprechend dem in ein mehr chronisches Stadium übergegangenen und sich langsamer abspielenden Prozeß, sehr gut studieren. Man sieht die verschiedensten Entwicklungsstufen, vom einfachen interzellulären Ödem bis zum vollentwickelten fertigen Bläschen. Der Prozeß beginnt mit dem ersteren. Durch Vergrößerung der interzellulären Lücken entstehen dann kleinste Verdrängungsbläschen, deren Wand gebildet wird von zur Seite gedrängten Epithelien, deren Kerne durch den Innendruck Spindelform erhalten. Entwickeln sich mehrere derartige Bläschen dicht nebeneinander, so kann der Zwischenraum zwischen ihnen nur mehr gebildet werden von einer einzigen Epithelzelle, die ganz plattgedrückt ist. Der Inhalt der kleinsten Bläschen ist eine feinkernige geronnene Masse. In diese treten sehr bald mono- und polynukleäre Leukozyten ein, so daß man neben nur wenige Leukozyten enthaltende Bläschen endlich solche findet, welche vollkommen mit Leukozyten ausgefüllt sind und mit denen der primären Effloreszenzen übereinstimmen.

Die Epithelzapfen, welche zahlreiche Mitosen enthalten, sind sehr stark verlängert, zumeist verschmächtigt, manchmal gabelig geteilt. Die Papillen sind ebenfalls stark verlängert, manchmal kolbig verbreitert, an ihrer Basis leicht eingeschnürt, ebenso von Rundzellen durchsetzt, die sich an den Papillenspitzen häufen. Dadurch sind die sehr eigenartigen Veränderungen der Papillengefäße an ihren Umbiegungsstellen nicht immer deutlich sichtbar.

Die Veränderungen der Kapillaren entsprechen vollkommen jenen, welche Unna als typisch für Psoriasis beschrieben hat. Die auf- und absteigenden Äste sind stark in die Länge gezogen, verlaufen gestreckt und steigen fast senkrecht aus dem

oberflächlichen Gefäßnetz auf, beziehungsweise senken sich direkt hinab. Der aufsteigende Ast ganz eng, der absteigende maximal erweitert. An der Einschnürungsstelle der Papillenbasis zeigen auch diese erweiterten Kapillaren eine leichte Einschnürung. Die Verlängerung und dadurch bedingte vielfache Schlängelungen des Überganges der arteriellen in die venöse Kapillare an den Spitzen der Papillen konnte ich ebenfalls mehrfach deutlich beobachten.

Im Bindegewebe des Korium, dem Stratum subpapillare mäßig perivaskuläre Infiltration. Die elastischen Fasern sind im Bereich der entzündeten Papillen vollkommen geschwunden. Der Beginn ihres Verschwindens geht so ziemlich Hand in Hand mit dem Verschwinden des Stratum granulosum, so zwar, daß dort, wo sich im Epithel schon der Beginn parakeratotischer Veränderungen nachweisen läßt, sie auch in den darunter gelegenen Papillen undeutlich färbbar werden, um dann endlich ganz zu verschwinden. Das subpapillare elastische Fasernetz ist nur im Bereich der perivaskulären Infiltrationen auseinandergedrängt und teilweise zerstört. In der Nachbarschaft der Schweißdrüsen, wo das Bindegewebe verdichtet ist und sich mit Hämatoxylin blaßviolett färbt, fehlen die elastischen Fasern völlig.

3. Am linken Mittelfinger wurde ein kleines Hautstückchen exzidiert, das Nagelfalz und einen Streifen der bröckligen, verdickten Nagelmasse enthielt.

Die mächtigen Auflagerungen bestehen aus Nagelzellen und parakeratotischen Hornmassen, streifig durchsetzt von dichten Leukozytenansammlungen. Daneben begegnet man auch in der Nagelsubstanz selbst förmlichen umschriebenen eitrigen Einschmelzungsherden. Das Epithel des Hyponychium ist sehr stark gewuchert, seine Zapfen bilden ein Maschenwerk, das stark entzündetes Bindegewebe umschließt. Zwischen den Epithelien lassen sich mehr weniger reichliche Leukozytenansammlungen nachweisen, die an der Oberfläche stellenweise zu einer förmlichen Zernagung des Epithels führen. Im Bindegewebe überall starke perivaskuläre Infiltration. An der Umschlagstelle des Hyponychium in das Eponychium ist die Eiterung an die Ober-



fläche besonders stark und es ist hier auch zu einer ziemlichen Zerstörung des Epithels gekommen, mit Bildung eitriger, parakeratotischer Krusten. Die Epithelzapfen sind hier im Gegensatz zur Norm ungemein stark verlängert.

Sektionsprotokoll vom 4. August 1900. Der Körper 180 cm lang, von mäßig stark entwickeltem Knochenbau, gering entwickelter Muskulatur, sehr mager. Allgemeine Körperdecken blaß, im Gesichte ikterisch, Totenstarre deutlich. Haupthaar braun, Pupillen mittelweit, gleich. Sichtbare Schleimhäute blaß, Konjunktivae ikterisch. Hals entsprechend lang und breit. Thorax gut gewölbt, Abdomen leicht gespannt, äußeres Genitale ohne Besonderheiten. An den oberen Extremitäten die Hand beiderseits im Metakarpophalangealgelenke ad maximum gebeugt und in dieser Stellung fixiert, die Endphalangen gegen die Mittelphalangen in stark flektierter Stellung fixiert. Am Dorsum manus narbige Einziehungen. Die unteren Extremitäten im Kniegelenke gebeugt. Entsprechend der Malleolengegend beginnt beiderseits eine Schwellung, die sich über den ganzen Fuß erstreckt. Die 1. Zehe des rechten Fußes in Valgusstellung, die 2. kreuzt die 1., die beiden genannten Zehen stark deformiert. Dieselben Veränderungen, wenn auch in geringerem Grade, links. An der Haut der oberen und unteren Extremitäten, sowie an der Vorderfläche des rechten Kniegelenks, am Dorsum des rechten Fußes zahlreiche bis talergroße, mit Borken belegte, schuppende Hautpartien. Ebensolche am linken Ellbogen und an der medialen Seite des linken Fußes. Gehirn wurde nicht seziert. Das Zwerchfell stand an der 5. Rippe. Thyreoidea gewöhnlich groß. In ihr rechts ein haselnußgroßer Adenomknoten. Die Schleimhaut der Halsorgane gerötet, in der Trachea spärlicher Schleim. Lunge beiderseits frei, lufthältig, sehr blutreich. Herz stark dilatiert, fast um die Hälfte vergrößert. Klappen der Aorta leicht verdickt. Ebensolche Verdickungen in der Intima aortae. Herzfleisch blaß. Ösophagus stark hyperämisch, im unteren Drittel desselben ein subserös gelegener, haselnußgroßer Knoten. Die peribronchialen Lymphdrüsen stark anthrakotisch. Im Abdomen mehrere Liter einer gelblichen serösen Flüssigkeit. Die Leber stark verkleinert, an ihrer Oberfläche das atrophische Parenchym, von dem gesunden durch hellere Farbe leicht kenntlich. Auf Durchschnitten durch die Leber überall deutliche Stauungszeichen. Milz etwas vergrößert. Im oberen Pole der rechten Niere in einem bis auf Walnußgröße erweiterten Ausläufer des Kalix zahlreiche bis hirsekorngroße braune Steine. Rinde in der Umgebung dieser Höhle stark verschmälert. Die Schleimhaut des harnleitenden Apparates blaß. Darm außer Stauungserscheinungen keine Besonderheiten. Pankreas und Nebennieren normal. Bei Eröffnung des linken Kniegelenkes erweist sich der Knorpelüberzug des Condylus internus als fehlend.

Pathol.-anatom. Diagnose: Polyarthritis deformans, Endarteriitis chronica, Endocarditis praecipue ad valvulam aortae cum dila-



tatione cordistotius. Hyperaemia mechanica. Hydops ascites. Psoriasis. Cystis renis dextr. calculis repleta. Adenoma thyreoideae. Myoma oesophagi.

Fall V. Beobachtung aus dem Jahre 1910. 56jähr. Arztenswitwe. Die Mutter der Pat. starb in ihrem 70. Lebensjahre an Gebärmutterkrebs, der Vater 79 Jahre alt an einem Schlaganfall, ihr Bruder im 47. Lebensjahre an rasch fortschreitender Tuberkulose, die sich angeblich nach Scharlach entwickelte. In der Familie besteht kein Rheumatismus, keine Gicht, keine Nerven- oder Hauterkrankungen. Die Eltern, speziell der Vater waren ruhige Leute, die Mutter litt, soweit Pat. sich überhaupt zurückerinnern kann, an einem Krampfhusten. Pat. hat angeblich das Naturell ihres Vaters, sie ist immer ruhig, hat ein gleichmäßiges Temperament, nicht einmal in den vielen Jahren ihrer Krankheit ist sie nervös geworden, „alle Schmerzen haben mich nicht irritiert, ich habe alles über mich ergehen lassen". Als Kind litt sie bis zu ihrem 5. Lebensjahr an Konvulsionen, die sich immer im Anschluß an leichte Erkältungen (fieberhaften Schnupfen, Halsentzündung usw.) entwickelten. Es traten dann Zuckungen auf, sie verlor das Bewußtsein, nach einigen Stunden gingen unter kalten Umschlägen auf den Kopf diese Anfälle rasch vorüber und hinterließen keine länger dauernden Störungen. In den späteren Jahren hatte sie verschiedene Kinderkrankheiten; als Mädchen war sie blutarm, „aber nie so stark, daß es sie besonders geniert hätte; weil mein Vater Arzt war, habe ich eben immer bald etwas dagegen getan". Im 26. Lebensjahre heiratete Pat. (1879). Während der 1. Schwangerschaft im Jahre 1880 litt sie an Flimmerskotomen, die ungefähr 20 Minuten dauerten. Gegen Ende dieser Anfälle hatte sie oft pelzige Finger, oder konnte sich nicht auf Worte besinnen. Manchmal war auch während der Anfälle ihre Sprache undeutlich. Die Entbindung war sehr schwer, besonders war der Blutverlust stark und Pat. war durch ca. 1 Jahr nach der Entbindung noch immer ziemlich blutarm. Die 2. Schwangerschaft trat im Jahre 1882 ein. Während dieser Zeit fühlte sie sich sehr wohl und agil, die Beschwerden der 1. Schwangerschaft blieben vollkommen aus. Das 2. Kind (beide Kinder leben und sind gesund) kam im April 1883 zur Welt.

Im November 1882 traten die ersten Anzeichen der jetzigen Gelenksaffektion auf. Sie begann mit Schmerzen im kleinen Finger links, die Schmerzen waren „wie Zahnschmerzen". 8 Tage später traten sie auch im Genick auf. Damals bestanden auch bis haselnußgroße Drüsenschwellungen am Halse, die beiderseits rosenkranzförmig aneinander gereiht sich deutlich abtasten ließen; eine vorausgegangene Angina stellt Pat. entschieden in Abrede. Bis zur Geburt des Knaben waren die Schmerzen aber schon stark zurückgegangen, dagegen entwickelten sich rasch auftretende und wieder verschwindende schmerzhafte Schwellungen in beiden Ellbogen. Der kleine Finger links schmerzte jetzt nur mehr bei gewissen Bewegungen, z. B. beim Zugreifen, der Nacken nur bei plötzlichen raschen Bewegungen des Kopfes. Die Entbindung verlief normal.

Nach der Entbindung im April 1883 blieb die Patientin etwas schwächlich. Als das Kind 6 Wochen alt war, bekam es angeblich eine



Sommercholera. Pat. regte sich darüber sehr auf und bezieht darauf das plötzliche Auftreten einer „Anschwellung des ganzen Körpers" angeblich während einer Nacht. Die Schwellung der Hände war so groß, daß sie die Finger nur gespreizt halten konnte. Die Füße waren so geschwollen, daß „das Fleisch über den Rand der Schlafschuhe hinaushing". Auch das Gesicht war geschwollen. Die Untersuchung ergab damals „Störungen des Urins", über welche jedoch Pat. nichts genaueres erfuhr und anzugeben weiß. 8 Tage später traten heftige Schmerzrn in den Sprunggelenken und einzelnen Zehen auf. Ein konsultierter Arzt empfahl viel Bewegung, „damit die Gelenke nicht einrosten", neben leichter Massage. Letztere aber wurde nicht vertragen, indem sich darnach die schmerzhafte Schwellung steigerte. Die Gelenke waren dabei „wahnsinnig schmerzhaft". Nach derartiger 3monatlicher Behandlung bat die Pat. ihren Arzt, sie doch einen Tag ausruhen zu lassen. Sie legte sich auch nieder und konnte aber am nächsten Tag nicht mehr aufstehen. Ihr Gatte versuchte sie aber doch aus dem Bette zu bringen und sie vom Dienstmädchen unterstützt gehen zu lassen. Pat. konnte aber nur auf den Füßen stehen, jedoch nicht gehen; ließ man sie los, so stürzte sie sofort zusammen, „da in den schmerzhaften Knien keine Kraft war". Von diesem Tage an beginnt ihre vollkommene Bewegungslosigkeit. Während des zu Betteliegens wurden ihre unteren Extremitäten „immer krummer", die Knie beugten sich rechtwinklig, dabei bestand immer die Tendenz zu noch stärkerer winkeliger Stellung, die vom Gatten der Pat. und ihr selbst dadurch bekämpft wurde, daß sie sich jeden Tag auf einige Zeit auf einen Sessel setzte und das Gesäß möglichst weit nach rückwärts schob. Weiter aber als bis zu einem rechten Winkel konnte man ihre Kniegelenke nicht strecken.

Ein Kuraufenthalt in Teplitz 1884 blieb vollkommen erfolglos. Ein Aufenthalt in Franzensbad 1885, wo sie Moorbäder gebrauchte, und der in den nächsten 2 Jahren wiederholt wurde, brachte ebenfalls keine Besserung. Durch die Kur daselbst im Jahre 1887 wurde ein linksseitiges Pleuraexsudat, das bei einer Pleuritis im April dieses Jahres sich entwickelt hatte, vollkommen aufgesaugt, die Gelenkaffektion wurde aber gar nicht beeinflußt. Während dieser ganzen Zeit war Pat. sehr stark heruntergekommen, ihr ursprüngliches Gewicht von 48 *kg* war auf 35 zurückgegangen.

1889 neuerlicher Badeaufenthalt in Teplitz „eigentlich ohne Erfolg". In diesem Jahre wurde auch eine Streckkur der unteren Extremitäten durch Gewichtsextension während 11 Tagen vorgenommen, die „wunderbar gelungen war". Die Knie wurden dadurch vollkommen gerade, sie konnte sie nach Belieben beugen und strecken, aber nur bei Rückenlage im Bette. 4 Wochen nach der Streckung wollte Pat. selbständige Gehversuche machen; „ich war entweder zu schwach, oder die kranken Füße knickten immer ein", sie versuchte dann von beiden Seiten gestützt zu gehen, als man sie aber losließ, stürzte sie wiederum zusammen. Der behandelnde Chirurg empfahl Schienen zu tragen, damit die Beine gerade

bleiben. Pat. trug sie zwar, hatte aber bei den Gehversuchen immer furcbtbare Schmerzen. Da sie bei Nacht die Schienen ablegte, stellte sich dann ziemlich rasch wieder der frühere Zustand ein. In der Zwischenzeit waren die ursprünglich erkrankten Ellbogen und Fingergelenke wieder ganz gut geworden, so daß sie nähen, stricken konnte, sich selbst kämmte usw. Nach den Gehversuchen, wobei sie an Armen und Händen unterstützt und festgehalten wurde, traten aber neuerlich sehr schmerzhafte Schwellungen in den Ellbogen- und Fingergelenken auf. Ein Aufenthalt in Pystian in den Jahren 1890, 1891, 1892 beseitigte wiederum diese Schmerzen, auf die Winkelstellung der Kniegelenke hatte sie aber gar keinen Einfluß. Seit dieser Zeit sind auch die Finger krumm geblieben und es hatte sich der Prozeß in allen Gelenken festgesetzt, auch in den Hüftgelenken, ebenso auch in den Kiefergelenken. Die Affektion der letzteren führt Pat. darauf zurück, daß sie während der Extensionsbehandlung die Zähne vor Schmerzen aufeinander biß, wie sie überhaupt die Beobachtung gemacht hatte, daß alle Gelenke, die nur irgendwie stark in Anspruch genommen wurden, erkrankten, oder daß der daselbst bestehende Prozeß sich verschlimmerte.

Bis zum Jahre 1895 suchte sie noch andere Kurorte auf, aber immer ohne Erfolg, so daß sie dann endlich deren Besuch aufgab und im Sommer nur mehr Sommerfrischen aufsuchte. Auch eine Behandlung durch innere Mittel war vollkommen erfolglos geblieben. Sie hatte von derartigen Präparaten eingenommen „was es überhaupt gibt".

In den letzten Jahren ist ihr Zustand ziemlich stationär geblieben. Die Gelenke schwellen zeitweise ohne bekannte Ursache und ohne Fieber (Pat. hatte während der ganzen Erkrankung niemals Fiebersteigerung) an und nach eingen Tagen gehen die Erscheinungen wieder zurück. Vor Gewitter, raschem Temperaturwechsel, plötzlichem Witterungsumschlag steigern sich die Schmerzen („ich bin wie ein Barometer und sage genau 8 Stunden vorher Witterungswechsel, starken Wind, Gewitter voraus"). Die einzigen Gelenke, die sie noch halbwegs bewegen kann, sind die Schulter- und Ellbogengelenke und Pat. achtet sorgfältig darauf, sie während des Tages möglichst viel zu bewegen, damit sie nicht ganz versteifen; so erzählt sie, daß die vollkommene Steifheit des rechten Schultergelenkes darauf zurückzuführen ist, daß sie einmal durch einige Tage einen schmerzhaften Abszeß in der rechten Achselhöhle hatte, der sie hinderte das Gelenk ausreichend zu bewegen. Seit Oktober vorigen Jahres ist Pat. stark abgemagert, seit dieser Zeit ist sie auch nervös, sie weint häufig ohne Ursache, wird oft appetitlos, schläft schlecht, hat den Mut verloren. Sie führt das aber nicht auf ihre Krankheit zurück, sondern darauf, daß sie um diese Zeit durch Verheiratung ihrer Tochter und durch Übersiedelung aus ihrer alten, ihr lieb gewordenen Wohnung in neue ungewohnte Verhältnisse gekommen war; „der Arzt sagte: Sie hatten Nerven wie Stricke, aber endlich sind sie doch in Brüche gegangen." Unter Arsoferrin und durch Gewöhnung in die neuen Verhält-



nisse wurde aber ihr Zustand besser und sie hat jetzt ihre alte Energie wiedergewonnen.

Gleichzeitig mit dem vorerwähnten Übelbefinden trat die Hauterkrankung auf und zwar zuerst an den Geschlechtsteilen und den benachbarten Oberschenkelpartien, später an der rechten Schulter und linken Ellbogen. Seit 6 Wochen besteht ziemlich starke Bronchitis.

Im Harn fanden sich angeblich nie Eiweiß oder Zucker, dagegen soll immer starke Harnsäureausscheidung bestanden haben. Besonders während der erwähnten Badekuren soll der Harn „sehr konzentriert und salzreich" gewesen sein.

Status praesens vom Feber 1910: Grazil gebaute, stark abgemagerte Frau, mit blasser, schlaffer, wenig durchfeuchteter und eingeölter Haut. Das Kopfhaar schütter, die Konjunktiven beiderseits, besonders rechts die Conjunctiva bulbi gerötet, ebenso auch die Lidränder. Seborrhoische Rötung der Haut der Augenbrauengegend.

Der Kopf wird steif etwas nach links gehalten. Die Bewegungen des Kopfes um die senkrechte Achse nur in geringem Grade möglich, um die sagittale Achse gegen die linke Schulter nur in mäßiger Exkursion, gegen die rechte gar nicht. Die Halswirbelsäule etwas druckschmerzhaft, die Brustwirbelsäule leicht kyphoskoliotisch, nicht schmerzhaft. Maximale Öffnung des Mundes unmöglich, es gelingt die Zahnreihen nur auf ca. $2^1/_2$ *cm* voneinander zu entfernen.

In beiden Schultergelenken ist die aktive wie die passive Beweglichkeit stark eingeschränkt und zwar rechts stärker als links, im ersteren Gelenk gelingt es nur den Arm in die Mittelstellung zwischen senkrechter und horizontaler Richtung zu bringen. Die Muskulatur des Schultergürtels ist atrophisch, besonders stark die Musculi deltoidei, durch welche der verdickte und druckschmerzhafte Humeruskopf deutlich durchzutasten ist. Auch das Akromion ist verdickt und druckschmerzhaft. Die Muskulatur der Arme stark atrophisch, die Haut der Vorderarme, besonders rechts ungemein schlaff, sie hängt über Radius und Ulna längs deren ganzen Verlauf schlaff herab, so daß entsprechend dem Rand der Ulna dadurch eine Furche zustande kommt, welche bis zum Handgelenke reicht. Im linken Ellbogengelenke ist die Beugung in fast normaler Exkursion möglich, die Streckung nur bis auf einen stumpfen Winkel von ungefähr 120°. Im rechten Ellbogengelenk ist die Beugungsmöglichkeit sehr stark eingeschränkt, ebenso auch die Streckung. Das Ellbogengelenk stark verdickt, besonders die Epikondylen des Humerus und die Gelenksenden der Ulna. Die Knochenverdickungen sind auf Druck sehr schmerzhaft. Knapp vor der linken Ellbogenbeuge findet sich im Unterhautzellgewebe der Haut ca. 2 Finger breit vor dem Lacertus fibrosus eine unscharf begrenzte, mäßig derbe, druckschmerzhafte Gewebsverdichtung. In den Handgelenken beiderseits ist nur leichte Palmarflexion möglich, rechts weniger als links, seitliche Exkursionen nur in sehr geringem Umfang. Bei der geringfügigen Pronation und Suppination deutliches Knacken im Gelenke. Distales Ende von Radius und Ulna besonders links stark



verdickt, daselbst auch durch eine Stufe gegen die Handwurzelknochen abgesetzt. Die Achse der Vorderarmknochen steht zur Achse der Hand in einem nach außen offenem Winkel, letztere sind also deutlich abduziert. Die Gelenksenden der Metakarpi sind verdickt. Die Grundphalangen sämtlicher Finger links in leichter Beugung. Im 1. Interphalangealgelenk starke Hyperextension, sowie auch Verschiebung der Gelenksenden unter einander in der Längsrichtung. Im 2. Interphalangealgelenk Beugung. In dieser Stellung sind die Finger fixiert, jeder Versuch der Korrektion wird sehr schmerzhaft empfunden. Der Metakarpus I ist seiner ganzen Länge nach verdickt. Im Metakarpophalangealgelenk des linken Daumens Hyperextension, im Interphalangealgelenk daselbst Beugung. Abduktion des Daumens in mäßigem Umfange möglich. Die Finger der rechten Hand sind in leichter Abduktions- und Beugestellung fixiert, die Beugesehne des rechten Kleinfingers ist an die Haut angelötet und springt strangartig vor. Die Haut der Hand ist eigentümlich wächsern, fahl, atrophisch, über den verdickten Handgelenken stark gespannt, glänzend, sonst fein gefältelt und auch in dünnen Fältchen abhebbar. Die Hautvenen schimmern überall bläulich durch.

Die Hüftgelenke nur wenig beweglich, die Knie in rechtwinkeliger Stellung fixiert, vollkommen unbeweglich, das distale Ende des Femur ungemein stark verdickt, ebenso das proximale der Tibia. Tibia und Fibula sind gegenüber dem Femur subluxiert. An der Haut der Unterschenkel, die ebenso wie die Muskulatur der Beine stark atrophisch ist, kleienförmige Abschülferungen. Die Haut des Vorderfußes livid verfärbt, etwas ödematös; die Füße sind in Varus- und leichter Spitzfußstellung fixiert, besonders rechts ist das Sprunggelenk stark verdickt. Die Zehen befinden sich in unveränderlicher Beuge- und mäßiger Abduktionsstellung.

Über der rechten Schulter, ferner über der Streckseite des linken Ellbogengelenkes und zwar über dem Olekranon und über den benachbarten Partien der Ulna, ferner in der Mitte der Außenfläche des rechten Oberarmes und über dem rechten Knie finden sich scharf umschriebene braunrote Infiltrate von serös inbibierten, fest haftenden, gelblichweißen Schuppen bedeckt. Die Haut beider Achselhöhlen ist gerötet infiltriert. Diese entzündeten Hautpartien grenzen sich in bogenförmigem Kontur durch einen schmalen, von gelblichweißen Schuppen bedeckten Infiltrationsstreifen gegen die gesunde Haut ab. Die Haut der genitokruralen Falten und der angrenzenden Oberschenkelinnenflächen ist braunrot verfärbt, infiltriert, von dünnen Schuppen bedeckt, die sich an der Randzone der Infiltration in größerer Menge vorfinden.

Der Harn ist leicht getrübt, sauer reagierend, enthält kein Eiweiß, keinen Zucker und setzt beim Stehen ein Sediment ab, das aus neutralem phosphorsaurem Kalk besteht.

Im April d. J. starb Patientin an den Folgen einer Influenza (schwerste Bronchitis mit lobulären pneumonischen Herden und Herzschwäche). Sektion war undurchführbar.



Wenn wir nun die geschilderten Fälle einer kritischen Würdigung unterziehen, so haben wir vor allem drei Hauptfragen zu beantworten, die sich erstrecken einerseits auf die vorliegende Hauterkrankung, andererseits auf die bestehenden Arthropathien und endlich auf die Beziehungen beider zu einander.

Vor allem müssen wir uns darüber äußern, ob es sich in den von mir beobachteten Fällen, wie in fast allen bisher veröffentlichten, um eine Psoriasis handelt, oder um eine ekzematöse Erkrankung, oder ob nicht eine Kombination beider vorliegt, oder endlich, ob hier nicht eine Erkrankung sui generis besteht, welche eben durch ihre klinischen Symptome, durch die eigenartige Lokalisation und durch die begleitende Gelenksaffektion charakterisiert wäre.

In bezug auf die Gelenkserkrankung müssen wir wieder die Frage beantworten, ob die bestehenden Veränderungen auf eine bekannte Form des chronischen Rheumatismus, speziell Arthritis deformans, oder auf Arthropathien nervöser Ursache zurückzuführen sind, oder ob nicht hier eine ganz eigenartige und bestimmte Gelenkserkrankung vorliegt, die besonders charakterisiert ist durch das begleitende Hautleiden.

Und was endlich die Beziehung der Haut zu der bestehenden Gelenkserkrankung betrifft, so müssen wir trachten uns darüber klar zu werden, ob es sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen, eine Koinzidenz, oder um eine Wechselbeziehung zwischen beiden handelt.

Die erste Frage, in welche Gruppe des Systems der Dermatosen die geschilderten Fälle einzureihen sind, muß gestellt werden wegen des verschiedenartigen klinischen Bildes, das in einem Falle durch die histologische Untersuchung seine Ergänzung gefunden hat und das auch besonders charakterisiert ist durch die eigenartige Lokalisation, die die Hauterkrankung in allen Fällen einhält.

Wir wollen nun an der Hand meiner Beobachtungen diese Punkte gesondert besprechen.

Fall 1 ist ein subakutes Ekzem, das nach dem klinischen Bilde und der Lokalisation wohl als seborrhoisch angesprochen werden muß.

Bei Fall 2 begann die Hauterkrankung in Form eines nässenden Ekzems an den Unterschenkeln; ungefähr ein Jahr



nach dessen Heilung trat ein Bläschenekzem am Bauch, Schultern und Zehen, sowie über den geschwollenen Hand- und Fingergelenken auf, gleichzeitig am behaarten Kopfe. Die erste Beobachtung des Kranken im Jahre 1888 ergab das Bild einer Hauterkrankung rein ekzematöser Natur am Bauch, Händen und Füßen und über den erkrankten Gelenken, die am Rücken schon Übergänge zum psoriatischen Typus erkennen ließ. Während der Behandlung traten am Stamm Nachschübe auf, deren Effloreszenzencharakter mehr zum Bilde der Psoriasis neigte, während in den Achselhöhlen wiederum der Ekzemcharakter ausgesprochen war. Gelegentlich der zweiten Beobachtung 1898 fand sich Psoriasis an den Streckseiten und Beugen der oberen Extremitäten und am behaarten Kopfe. Am Stamm ekzematöse Herde. Über den Streckseiten der Knie und Unterschenkel, sowie an den Zehen, neben typischen Psoriasisherden, solche ekzematöser Natur.

Im Falle 3 bestand am Kopfe, an den Ohren, in den Achselhöhlen, am Genitale und in dessen Nachbarschaft seborrhoisches Ekzem, teils trocken, teils nässend. Am Stamme Herde von Psoriasistypus, an den Handflächen rhagadiformes und tylotisches Ekzem.

Fall 4 bot ein Krankheitsbild dar, das Effloreszenzen aufwies, die in ihrem klinischen Bilde vollkommene Übereinstimmung zeigen mit jenen, die Deutsch einen gleichartigen, von ihm beobachteten Fall als „Psoriasis ostreacea", Grosz den seinen als „Psoriasis rupioides" bezeichnen ließen. In die Kategorie dieser Beobachtungen möchte ich auch meinen Fall einreihen und hier besonders hinweisen auf die eigenartige Entstehung und Entwicklung seiner Effloreszenzen. Wie schon erwähnt, begannen sie in Form einer rasch, sowohl nach der Höhe, wie nach der Fläche sich vergrößernden scheinbaren Pustel, die einem kleinen, flachen, braunrotgefärbten Infiltrate aufsaß. Beim Anstechen dieser Pustel entleerte sich aber kein Eiter, nicht einmal die geringste Spur von Flüssigkeit. Dagegen gelang es leicht, die ganze Auflagerung von ihrer feuchten Unterlage abzuheben und zwischen den Fingern zu zerreiben; sie bestand eben, wie das Mikroskop erwies, aus stark eitrig imbibierten parakeratotischen Hornschichten. In dem Maße als



dann die Effloreszenzen sich der Fläche nach zu vergrößern begannen, sank ihre Mitte nabelförmig ein, so daß eine gewisse Ähnlichkeit mit jener Form von Psoriasis (abgesehen von der Lokalisation) sich entwickelte, die Shield als „Psoriasis varioliformis“ bezeichnete. Hand in Hand mit dieser Flächenvergrößerung ging aber auch eine oft bedeutende Erhöhung der Krusten, welche dann deutliche Schichtung erkennen ließen und dadurch an jene Fälle erinnerten, die von Mac Call Anderson als „Psoriasis rupioides“ bezeichnet wurden, Fälle, die dann später von Fox, von mir, von Gassmann und a. A. gleichfalls beobachtet wurden. An der Wahl dieses Beiwortes für Psoriasis hatte seinerzeit Fox Anstoß genommen, weil sie nur eine ganz äußerliche Ähnlichkeit dieser Krusten mit den Krusten der Rupia syphilitica zum Ausdruck bringe, und bei der letzteren unter diesen Krusten Ulzeration bestehe, die hier fehle. Ebenso hat auch Deutsch diese Bezeichnung abgelehnt, weil Rupia eine aus Eiterung hervorgegange Borkenbildung sei und wegen der Schichtung der Krusten für seinen Psoriasisfall die Bezeichnung „Psoriasis ostreacea“ vorgeschlagen.

Ich glaube aber mit Grosz, daß wir diese in der medizinischen Nomenklatur, wenn auch besonders für ein Symptom einer andersartigen Erkrankung gebräuchliche Bezeichnung, mit der man ein bestimmtes Bild der Krustenauflagerung verbindet, auch für diese eigenartige Psoriasisform beibehalten können, zumal das Beiwort „rupioides“ eben zum Ausdrucke bringt, daß es sich um eine rupiaähnliche Bildung handelt.

Zur Schilderung der Entwicklung der Effloreszenzen möchte ich noch nachtragen, daß von Hallopeau und Lemièrre ein Patient mit Psoriasis und Arthropathien an den kleinen Hand- und Fußgelenken beobachtet wurde, bei welchem die einzelnen Hauteffloreszenzen dicke, schmutziggelbe rupiaähnliche Schuppenauflagerungen trugen, welche zum Teil von einem bläschenförmigen Hof umgeben war. Diese Bläschen enthielten aber keine Flüssigkeit, sondern vielmehr eine aus mehr weniger degenerierten Epithelien bestehende weißliche Masse. Ähnliches konnte ich auch in der Nachbarschaft der größeren Krusten beobachten.



Diese klinischen Befunde des Falles 4, welche von vorneherein nur durch heftige Entzündung und starke Exsudation zwischen die parakeratotischen Hornmassen erklärt werden konnten, fanden durch die histologische Untersuchung ihre volle Bestätigung.

Diese Untersuchung ergab einerseits Befunde, die nicht für die Diagnose Psoriasis ausschließlich beweisend waren, im Gegenteil mehr für eine Erkrankung ekzematösen Charakters sprachen, so der stellenweise zu beobachtende „spongoide" Zustand des Epithels, die miliaren Bläschen und Eiteransammlungen in demselben, die sehr hochgradige entzündliche Veränderung des Koriums. Parakeratose mit fehlendem Stratum granulosum, Akanthose und Papillenwachstum kommen sowohl beim Ekzem als auch bei Psoriasis zur Beobachtung, worauf bekanntlich Unna besonderes Gewicht gelegt hat. Dagegen sind die eigenartigen Veränderungen an den Papillargefäßen, wiederum nach Unna, beweisend für Psoriasis. Auf Grund dieses letzteren Befundes glaube ich diesen Fall, wie schon oben hervorgehoben, als atypische Psoriasis mit sehr hochgradigen entzündlichen Erscheinungen ansprechen zu müssen. Ich erblicke eine Stütze für diese Anschauung in den Fällen von Deutsch und von Grosz, welche Autoren an ihren Kranken neben Effloreszenzen, die den von mir beschriebenen im Falle 4 vollkommen glichen, typische Psoriasisherde in typischer Lokalisation beobachten konnten.

Fall 4 erscheint auch deswegen besonders wertvoll, weil er einen Übergang von den früheren Fällen, bei welchen die ekzematösen Erscheinungen überwogen, zu Fall 5 meiner Beobachtung bildet, der nach dem klinischen Bilde der Effloreszenzen als typische Psoriasis angesehen werden mußte.

Ein besonderes Gepräge erhält die geschilderte Hautaffektion auch durch die Erkrankung der Nägel an den Fingern und Zehen. Im Falle 2 waren die Fingernägel gelblich oder grünlich gefärbt und lagen dem Nagelbett nur sehr locker auf. Der geschwollene Falz lag dem Nagelrand nur sehr locker an und bei Druck auf ihn quoll zwischen ihm und dem Rand des Nagels dicker Eiter hervor. Von den Zehennägeln fehlten infolge vorausgegangener Erkrankung links zwei, rechts drei; die übrigen waren



vom Nagelbett und aus dem Nagelfalz abgehoben und unter ihnen bestand geringe Eiterung. Unter der Behandlung stießen sich dann sämtliche erkrankten Nägel ab; die nachgewachsenen waren weich, biegsam, an dem freien Rande aufgefasert, an der Oberfläche mit trockenen krümeligen Massen bedeckt. Im Falle 4 waren sie umgewandelt in eine schmutziggelbbraune, bröcklige oder kreidige, vollständig undurchsichtige Masse, die sich turmartig über das Niveau erhob, waren in ihrem Zusammenhang mit Nagelbett und Falz stark gelockert, ihr freier Rand ging wie in dem Falle von Deutsch direkt in die Haut der Fingerbeere über, mit deren vorderem, von dicken Auflagerungen bedecktem Anteil sie eine zusammenhängende Masse bildeten. Im Falle 5 waren sämtliche Nägel in einer Weise verändert, wie wir es bei Psoriasis zu sehen gewohnt sind. Sie waren längs gerieft, stellenweise getüpfelt oder von Querfurchen durchzogen, matt. An dem kleinen Finger links und dem Daumennagel rechts bestand in dem äußeren Winkel des freien Randes subunguale Hyperkeratose, die auf zirka 4 *mm* unter die Nagelplatte reichte; in diesem Bereich war letztere getrübt und undurchsichtig.

Durch diese Nagelveränderungen im Falle 2 und 4, welche durch denselben Prozeß zustande kamen, der zur Entstehung der eigenartigen Hauteffloreszenzen geführt hatte, unterscheiden sich diese Fälle auch von den Nagelveränderungen bei den Kranken Bourdillons und Strauss, bei welchen es zur Bildung enormer, 7—8 *cm* langer, horniger Massen gekommen war, die die Nägel substituierten.

Was die Lokalisation der Hauterkrankung bei meinen Beobachtungen betrifft, so trat neben einer ziemlich regellosen Verteilung der Effloreszenzen am Stamm und an den Extremitäten, wobei an den letzteren eine deutliche Bevorzugung der Streckseiten zu konstatieren war, besonders die Lokalisation am behaarten Kopf, in den Achselhöhlen, am Genitale, den genitokruralen Falten, den angrenzenden Oberschenkelpartien (vgl. die diesbezüglichen Angaben Dariers), ferner ganz besonders an den Handtellern und Fußsohlen in die Erscheinung.

Aus dem voranstehenden ergibt sich also, daß wir es hier nicht zu tun haben mit einem scharfumrissenen Krankheits-



bilde, welches vielleicht nur bei gleichzeitiger Arthropathie zur Beobachtung kommt, da derartige Hauterkrankungen auch ohne Arthropathie vorkommen können und sie auch im Falle 3 meiner Beobachtung ohne nachweisbare Gelenkserkrankung, freilich bei starker hereditärer Belastung in der Richtung von chronisch deformierendem Rheumatismus auftrat. Andererseits bot aber die weitaus größte Zahl der beschriebenen Fälle von Hauterkrankungen bei Arthropathie, zum Beispiel sämtliche Beobachtungen von Bourdillon, das Bild der Psoriasis dar. Es erscheint mir aber unmöglich, meine Fälle bis auf Beobachtung 1 und 5, die als seborrhoisches Ekzem, bzw. Psoriasis gedeutet werden müssen, in ein bestimmtes Krankheitsbild des Systems einzuschachteln. Wir haben es vielmehr mit einem entzündlichen Prozeß zu tun, der in den verschiedenen Fällen alle Formen des feuchten und des trockenen Hautkatarrhs gesondert, oder in fließenden Übergängen oder in Kombination mit einander erkennen läßt.

Es handelt sich hier augenscheinlich zum Teil um jenes Krankheitsbild, das Devergie als Eczema psoriasiforme, Bonnet als Psoriasis eczematodes bezeichnet, und das nach letzterem einen Teil der Psoriasis arthritique von Bazin und des Eczema seborrhoicum von Unna bildet. Bonnet verweist darauf, was Fall 2 zu bestätigen scheint, daß diese Erkrankung als Ekzem beginnt und mit der Zeit das Aussehen einer Psoriasis annimmt. Sie bildet große im Gegensatz zum Ekzem scharf begrenzte Plaques, die stark jucken und durch Teer und Pyrogallus gereizt werden. Sie lokalisiert sich gerne an Palmae und Plantae.

Weiters sei hier verwiesen auf die Mitteilungen Benassis, der feuchte Formen der Psoriasis unter besonderen Umständen (bei allgemeiner Kachexie, Anämie usw.) auftreten sah und dafür auch atypische Lokalisation (Gelenksbeugen) verantwortlich macht.

Die als Begleiterscheinung der Hauterkrankung vorhandenen Gelenkserkrankungen der von mir beobachteten Kranken stimmen mit den in der Literatur beschriebenen vollkommen überein und zeichnen sich neben ihrer langen Dauer ganz besonders



dadurch aus, daß sie zu den hochgradigsten Deformationen in verschiedenen Gelenken Veranlassung gegeben haben.

Nur Fall 3, der Arzt, nimmt diesbezüglich eine Sonderstellung ein. Er bot keine nachweisbaren Gelenksveränderungen dar, litt aber in früheren Jahren öfter an vorübergehenden Gelenksschmerzen, besonders in den kleinen Fuß- und Handgelenken. 4 Jahre vor der Beobachtung durch mich hatte er Schmerzen im linken Kniegelenke und konnte es den ganzen Winter hindurch nicht vollständig strecken. Diese Symptome entsprechen dem, was Bourdillon als Arthralgie bezeichnet und zu der bestehenden Psoriasis in eine Korrelation bringt. Ich würde aber auch, wenn Pat. nicht diese Gelenksschmerzen angegeben hätte, seine Hauterkrankung trotzdem unter die Psoriasis arthropathica einreihen, einerseits wegen des klinischen Bildes der Hauteruptionen, die mit starker Exsudation einhergehen und wegen ihrer charakteristischen Lokalisation, andererseits wegen der hereditären Verhältnisse. Seine Mutter, Großmutter, Großtante und Urgroßmutter mütterlicherseits litten an deformierender Arthritis ohne Hauterkrankung; speziell von seiner Mutter gibt der Pat. ausdrücklich an, daß diese Deformationen die Folge eines langdauernden chronischen Gelenksrheumatismus seien. Von besonderem Interesse ist weiters, daß ein jüngerer Bruder seit früher Jugend an Attacken von Rheumatismus im rechten Kniegelenk litt. Hervorgehoben sei ferner, daß auch die Mutter des Falles 1 angeblich durch 25 Jahre an Gicht litt. Bezüglich dieser hereditären Verhältnisse sei an die vorerwähnten Beobachtungen Le Roy Satterlees, Gaskoins, Egers erinnert.

Wenn wir nun die vorliegenden Arthropathien beurteilen wollen, so müssen wir zusammenfassend ihre Entwicklung, ihren Verlauf und ihren Ausgang besprechen, der durch das zur Zeit der Beobachtung vorliegende Krankheitsbild gegeben ist.

Was den Beginn der Gelenkserkrankung betrifft, so setzte sie im Falle 1 unter Fieber und Schüttelfrost ein (ob in den großen oder kleinen Gelenken wußte Pat. nicht mehr anzugeben). Im Falle 2 entwickelte sie sich zuerst in beiden Knien mit stark schmerzhafter Schwellung, angeblich infolge großer Strapazen. Im Falle 4 trat sie zuerst in einem Zehengelenke



auf. Im Falle 5 am kleinen Finger. In den drei letzten Fällen bestand bei ihrem Auftreten angeblich kein Fieber.

Die Entwicklung der Gelenkserkrankung und ihr weiterer Verlauf war bei den verschiedenen Fällen ein verschiedener, doch bis auf Fall 1 ein derartiger, daß im Verlaufe der Jahre sämtliche oder fast sämtliche Gelenke mehr weniger stark ergriffen wurden.

Im Falle 1 ließ sich bezüglich der Ausbreitung der Erkrankung auf die einzelnen Gelenke nichts sicheres mehr eruieren. Im Falle 2 hatte sich der Prozeß in den ursprünglich ergriffenen Kniegelenken festgesetzt und erst nach 19 Jahren traten auch heftige Schmerzen im Nacken und einzelnen Interphalangealgelenken auf; seit dieser Zeit waren auch diese Gelenke der Sitz fortwährender Rezidive und es entwickelten sich allmählich die zur Zeit der Beobachtung bestehenden Deformitäten. Fall 4 zeigt im Gegensatz zu den übrigen Fällen einen ungemein raschen Verlauf, indem nach kaum einjährigem Bestande der Affektion am rechten Kniegelenke und an der rechten Ferse, die Gelenkserkrankung auf die übrigen Zehen dieses Fußes und auf die Finger sich ausbreitete und auch das andere Knie ergriff. Die Deformitäten entwickelten sich erst 3 Monate vor der Spitalsaufnahme.

Bei Fall 5 ist der Verlauf insofern ein eigenartiger, als die Erkrankung mit ganz vagen Schmerzen im linken Kleinfinger und am Genick begann und nach ungefähr halbjährigem Bestande sich erst eine sichtbare, schmerzhafte Gelenksschwellung in beiden Ellbogen entwickelte. Im Anschluß an eine starke Aufregung kam es dann zu „Anschwellung des ganzen Körpers", angeblich verbunden mit „Störungen des Urins" und erst nach 8tägigem Bestand dieser Schwellung traten heftige Schmerzen in den Sprunggelenken und einzelnen Zehen auf. Nach 3monatlicher Dauer setzte die fast völlige Bewegungslosigkeit der Kranken ein, die demnach jetzt zirka 27 Jahre besteht und hauptsächlich bedingt war durch Erkrankung der Knie-, Hüft- und Sprunggelenke. Seit ungefähr 18 Jahren, seit welcher Zeit die Deformitäten an den Händen sich entwickelten, hat sich auch der Krankheitsprozeß in allen übrigen Gelenken festgesetzt.

Bezüglich der subjektiven und objektiven Symptome an den frisch erkrankten Gelenken, beziehungsweise der Rezidive an den schon erkrankt gewesenen, ergab die Beobachtung der Fälle ein verschiedenartiges Bild. Das hervorstechendste Sympton war im allgemeinen eine sehr hochgradige spontane und Druckschmerzhaftigkeit mit dadurch bedingter Einschränkung oder völliger Aufhebung der aktiven und passiven Beweglichkeit. Dabei konnten die befallenen Gelenke besonders die großen, Knie-, Ellbogen- und Schultergelenke der Sitz mehr weniger bedeutender Schwellungen sein, zumeist aber ohne wesentlich nachweisbare Ergüsse in das Gelenk. Es lokalisierten sich vielmehr die Schwellungen wesentlich im periartikulären Gewebe, so daß eine gewisse Ähnlichkeit mit gonorrhoischem Rheumatismus nicht von der Hand zu weisen war. Gelegentlich anderer Attacken, besonders auch in den kleinen Gelenken, war die Schwellung im allgemeinen keine sehr hochgradige, dafür waren die Epikondylen oder die Gelenkenden der Sitz teils mehr weniger bedeutender Verdickungen, teils empfindlicher Druckschmerzhaftigkeit. Die Rezidive verliefen in ganz regelloser Weise; bald bestand in dem schmerzhaften Gelenk mäßiger oder starker Erguß, bald war die Schwellung mehr periartikulär, bald beschränkte sich die frische Attacke auf bedeutende Steigerung der Schmerzhaftigkeit der Gelenksknochen bei Bewegung oder Druck. Nur in einem Falle (Fall 4) war fast jede Exazerbation des alten Prozesses oder das frische Auftreten in einem bisher intakten oder wenig affizierten Gelenk von Fiebersteigerung bis über 39° begleitet.

Den Endausgang dieser Gelenkserkrankung bildeten mehr weniger hochgradige Ankylosen in den großen Gelenken, von denen sich aber zumeist nicht mit Sicherheit aussagen ließ, wie weit sie auf dauernde Veränderung infolge der Gelenkserkrankung oder auf die starke Schmerzhaftigkeit der Gelenke bei dem Versuche passiver Streckung beziehungsweise auf Muskelkontraktionen oder Kontrakturen zurückzuführen waren. Besonders sind die Knie und Ellbogengelenke Sitz derartiger Ankylosen. Auch Schulter und Hüftgelenk im Falle IV und V waren mehr weniger in diesem Sinne verändert. In diesen beiden letzteren Fällen war es auch zu Subluxation der Tibia nach hinten in beiden Kniegelenken gekommen.



Die hochgradigen und eigenartigen Deformitäten hatten sich besonders an den kleinen Gelenken etabliert. Im Falle 5 hatte sich eine Madelungsche Kontraktur im linken Handgelenke entwickelt. Charakteristisch für die Deformitäten an den Händen ist die in sämtlichen Fällen (mit Ausnahme des gesunden Falles 3) zu beobachtende Abduktionsstellung der Finger in den Metakarpophalangealgelenken und daß sie in den Fällen 2, 4, 5 in diesen Gelenken gebeugt, in den proximalen Interphalangealgelenken hyperextendiert und zumeist subluxiert, den distalen wiederum gebeugt, in dieser Stellung fixiert sind, daß ferner die Daumen in den Karpometakarpalgelenken abduziert, im Metakarpophalangealgelenke und Interphalangealgelenke gebeugt sind.

Hervorgehoben sei noch die Retraktion der Palmaraponeurose an der rechten Hand im Falle 5, mit strangartigem Vorspringen der Beugesehne des rechten Kleinfingers, ferner die hochgradige Atrophie der Extremitätenmuskeln in allen beschriebenen Fällen.

Es fragt sich nun, ob wir es bei dem geschilderten Krankheitsbilde der eigenartigen Haut- und Gelenkserkrankung mit einem zufälligen Zusammentreffen beider, einer Koinzidenz zu tun haben, oder ob eine Wechselbeziehung zwischen beiden besteht. Ich glaube, daß es sich hier um letzteres handelt; dafür sprechen folgende Momente.

Vor allem wird von den Autoren fast übereinstimmend angegeben, daß, falls zu einer schon lange Zeit bestehenden oder häufig rezidivierenden Psoriasis eine derartige Gelenkserkrankung hinzutritt, die Psoriasis ihren bisherigen Charakter ändert, indem sie sich rasch ausbreitet, stärkere Entzündungserscheinungen aufweist und jeglicher Therapie Trotz bietet. Dasselbe konnte ich von Haus aus bei meinen Fällen beobachten, bei welchen sich erst nach jahre- oder jahrzehntelangem Bestande der Gelenksaffektion die Hauterkrankung entwickelte, welche sich durch ihre geringe Beeinflußbarkeit durch noch so sorgfältige Behandlung auszeichnete. Für diese Wechselbeziehung spricht ferner die Beobachtung, daß Besserung der Gelenkserkrankung mit einem Rückgang der Hauterscheinungen, neuerliche Nachschübe der letzteren auch wieder mit Rezidiven



der Arthropathie einhergingen. So konnte ich besonders im Falle 4 das Auftreten frischer Effloreszenzen mit jedem Nachschub der Gelenkserkrankung, mit jedem frischen Ergriffenwerden bisher intakter Gelenke oder mit Rezidiven in schon erkrankt gewesenen, beobachten. Ferner möchte ich besonders noch verweisen auf die Eigenart der Hauterkrankung selbst, die gegeben ist durch das Aussehen der Effloreszenzen und durch die eigenartige Lokalisation, zwei Momente, welche ich nebeneinander eben immer nur bei Fällen von Psoriasis gehen habe, die mit Arthropathien vergesellschaftet waren.

In welche Gruppe von Gelenkserkrankungen sind nun die von mir beobachteten Arthropathien einzureihen, beziehungsweise was ist ihre Ursache?

Ein sehr großer Teil der Autoren steht, wie aus der vorangehenden Literaturzusammenfassung ersichtlich ist, auf dem Standpunkte, daß es sich hier um eine neuropathische Arthropathie handelt, um eine „Erkrankung des Nervensystems", wie z. B. Adrian meint, „als gemeinsame Ursache sowohl der Psoriasis als auch des Gelenksleidens".

Ich muß nun sagen, daß sichere oder auch nur halbwegs sichere Beweise für diesen neuropathischen Ursprung der Gelenksaffektion mir nicht erbracht zu sein scheinen, und daß es nicht gelungen ist, die unklare Ätiologie dieses Krankheitsbildes durch seine Deutung als eines neuropathischen zu bestimmen, zumal die bisher vorliegenden Sektionsbefunde einerseits recht dürftig und wenig beweisend, andererseits vollkommen negativ sind. Ich kann mich auch nicht des Eindruckes erwehren, daß man sich gerade bei der Deutung dieser Gelenkserkrankung und der sie begleitenden Psoriasis einen bösen Trugschluß geleistet hat und ich stimme in diesem Punkte völlig mit Wollenberg überein, der sich darüber in folgender Weise äußert: „Wir wollen uns nicht verhehlen, daß viele Stützen für eine derartige Auffassung (für die ursächliche Erkrankung des Nervensystems) nicht vorhanden sind; man dreht sich da häufig im Kreise: man sagt, die Psoriasis muß eine Affektion des zentralen Nervensystems oder der peripheren Nerven sein, weil sie ja häufig mit der auf gleicher Basis beruhenden Polyarthritis vergesellschaftet sei und man sagt andererseits, die chronische



Polyarthritis muß eine nervöse Affektion sein, weil sie sich öfters mit Krankheiten auf nervöser Grundlage z. B. der Psoriasis vereinige."

Es liegt mir fern, hier die Frage der Ätiologie der Psoriasis zu erörtern, nur soviel möchte ich ganz kurz bemerken, daß mir trotz Bourdillon und der übrigen französischen Autoren, trotz Polotebnoff, endlich trotz Kuznitzky, Adrian und ihren deutschen Anhängern, der nervöse Ursprung der Psoriasis absolut nicht bewiesen, ich möchte sogar sagen, nicht einmal wahrscheinlich erscheint. Die Beweise, welche die genannten Autoren für die Richtigkeit ihrer Hypothese herbeiziehen, lassen wohl auch andere Erklärungsmöglichkeiten zu. Der verhältnismäßig geringen Zahl von Fällen, welche als Beweise für diese Anschauung dienen sollen, steht die enorme Überzahl jener entgegen, bei welchen man nichts von nervöser Belastung, nichts von nervösen Symptomen findet.

Mit welcher Leichtigkeit Symptome bei Psoriasiskranken im Sinne einer Deutung der nervösen Ätiologie herangezogen werden, sehen wir z. B. bei Bourdillon, der ganz vage Schmerzen, Neuralgien, Myalgien, Lähmungen in dieser Richtung verwertet, ferner auch ganz besonders bei Polotebnoff. So führt letzterer unter den nervösen Symptomen bei Psoriasis an: starke Hyperidrosis in den Achselhöhlen nach dem Entkleiden, auffallend niedrige Körpertemperatur, hohe und wechselnde Pulszahl usw. Dazu möchte ich nur kurz bemerken, denn ich will nicht die beabsichtigten Grenzen dieser Mitteilung durch weitläufige Erörterungen über Psoriasisätiologie überschreiten, daß man diese sogenannte „Hyperidrosis nudorum" bei jedem Menschen, der sich entkleidet, in wechselnder Stärke als physiologischen Vorgang beobachten kann. Ebenso gibt es eine große Zahl Menschen, welche zeitlebens niedrige Körpertemperaturen um 36° herum aufweisen, ohne nervöse Belastung oder Erkrankung. So verfüge ich über eine Zahl von Beobachtungen, speziell bei Frauen, deren normale Temperatur nur selten über 36° hinausgeht, die bei einer Körpertemperatur von 37° sich nicht mehr wohlfühlen und bei 37·5° deutliches Krankheitsgefühl empfinden. Und was endlich den Wechsel der Pulszahl anbelangt, so können wir aus diesem Symptom wohl auch



nicht viel erschließen, zumal wir wissen, wie sehr die Pulszahl durch äußere Ursachen speziell im Momente der Untersuchung des Kranken beeinflußt wird. Sicher ist, daß die verschiedenartigsten Störungen nervöser Natur bei Psoriasis vorkommen. Ich glaube aber nicht häufiger als bei allen anderen Hauterkrankungen, für die man freilich, vielleicht nur mit Ausnahme der infektiösen und der Geschwülste, mit mehrweniger Nachdruck uud Berechtigung auch nervöse Ursachen geltend zu machen bestrebt war und ist.

Um nun zur Beurteilung der Gelenkserkrankung zurückzukehren, hat Adrian in seiner sehr gründlichen Arbeit diese Arthropathien differentialdiagnostisch gegenüber anderen bekannten Gelenkserkrankungen, welche ein ähnliches klinisches Bild darbieten können, abgegrenzt und ich kann ihm nur beipflichten, wenn er sie abtrennt von den Gelenksveränderungen des sekundär chronischen Rheumatismus, von der Arthritis deformans, von gewissen Formen und Ausgängen des gonorrhoischen Gelenksrheumatismus, von den Arthropathien im Verlaufe der Syphilis oder Lepra, von jenen bei Tabes und Syringomyelie, sowie bei anderen Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen, endlich von jenen bei Erkrankungen des peripheren Nervensystems.

Besonders die Abgrenzung vom sekundär chronischen Gelenksrheumatismus, dem die Gelenksveränderungen sehr ähnlich sind, erscheint mir sehr wichtig. Vor allem möchte ich mit Bourdillon, Adrian und anderen neben der völligen Wirkungslosigkeit der Salizylbehandlung dieser Fälle hinweisen auf das Fehlen von Herzklappenläsionen, die der psoriatischen Arthropathie fremd sind.

Im Falle 4 meiner Beobachtungen hatte sich zwar während des Spitalsaufenthaltes ein erster dumpfer Ton über der Aorta entwickelt und die Sektion ergab auch tatsächlich Verdickungen an den Aortenklappen. Diese Läsionen finden aber wohl ausreichende Erklärung durch die gleichzeitigen arteriosklerotischen Veränderungen an der Aorta und können wohl umsoweniger als Komplikationen der vorliegenden Gelenkserkrankung aufgefaßt werden, als gerade dieser Fall die kürzeste Zeit von meinen sämtlichen Beobachtungen an seiner



Gelenkserkrankung litt, andererseits bei den anderen Kranken trotz jahrzehntelangem Bestandes der chronischen Gelenksaffektion mit mehrfachen akuten Schüben sich das Herz als absolut intakt erwies. Gerade dieses Ausbleiben von Herzfehlern möchte ich als bedeutsam für die Differentialdiagnose gegenüber dem sekundär chronischen Gelenksrheumatismus hervorheben, als ein Symptom, das uns gestattet mit dem eigenartigen Verlauf und den charakteristischen Deviationen diese Gelenkserkrankung als einen primär chronischen Gelenksrheumatismus aufzufassen.

Daß bei dieser Form des chronischen Rheumatismus, bei der sogenannten „rheumatoiden Arthritis" das Herz in der Regel unbeteiligt bleibt, darin stimmen wohl die meisten Beobachter mit Ausnahme Barjons überein. So haben Fuller und Archibald Garrod beim primär chronischen Rheumatismus Herzaffektionen überhaupt ausgeschlossen. Ersterer hält Abwesenheit von kordialen Affektionen direkt für einen der besten diagnostischen Prüfsteine gegenüber dem gemeinen Rheumatismus, und letzterer äußert sich dahin, daß die nicht ganz seltenen Klappenfehler bei Kranken mit rheumatoider Arthritis gewöhnlich auf einen vorausgegangenen akuten Rheumatismus zurückzuführen seien. Von solchen Fällen abgesehen, seien Herzfehler bei Patienten mit rheumatoider Arthritis nicht häufiger als bei anderen Leuten in vorgerücktem Lebensalter und auf atheromatöse Prozesse zurückzuführen (vergleiche Fall 4 meiner Beobachtungen). Auch Přibram, der über ein so reichhaltiges und genau beobachtetes einschlägiges Material verfügt, fand, daß sicher konstatierte Herzfehler bei primär chronischer Polyarthritis ungemein selten sind, jedenfalls sehr viel seltener als in den Fällen von sekundär chronischem Rheumatismus. Hoffa und Wollenberg schließen sich diesen Anschauungen Přibrams vollinhaltlich an.

Was nun den Beginn, die Entwicklung, den Verlauf und Ausgang der Erkrankung betrifft, so stimmt Fall 5 meiner Beobachtungen vollkommen mit jenen klassischen Schilderungen des primär chronischen Rheumatismus überein, wie sie Přibram, Hoffa und Wollenberg geben. Die Patienten erkranken langsam und schleichend mit Erscheinungen, die anfangs ledig-



lich in ziehenden Schmerzen, in allmählichen Verdickungen der Gelenke bestehen. Diese Erscheinungen betreffen in der Mehrzahl der Fälle zunächst die kleinen peripheren Gelenke symmetrisch, um allmählich aufsteigend, wobei häufig ein Gelenk überschlagen wird, auf die größeren Gelenke überzugehen.

Die Schwellungen können anfangs sehr unbedeutend sein und die Gelenke können jahrelang in einem wechselnden Zustand von Besserung und Verschlimmerung verharren. Im allgemeinen steigert sich das Leiden allmählich, indem der Prozeß bisher noch intakte Gelenke ergreift oder die bisher befallenen immer heftiger erkranken, immer ausgesprochenere Veränderungen zeigen. Der Charakter der Erkrankung ist „innerhalb recht bedeutender Variationsbreiten" ein progedienter; die anfänglichen Schmerzen sind meist von einer Schwellung der betroffenen Gelenke begleitet, die auf eine fühlbare Verdickung der Gelenkskapsel und der umgebenden Weichteile zurückzuführen ist, zuweilen auch auf Exsudation in das Gelenk und seine Umgebung. Im Anschlusse an diese Exsudation pflegen sich bald eigenartige Deviationen und Kontrakturstellungen in ganz typischer Weise zu entwickeln: Dachziegelartige Ulnarabweichung der Finger im Metakarpophalangealgelenke, Hyperextension der Fingermittelgelenke, Flexion und seitliche Abweichung der Fingerendgelenke, wie ich dies in meinen sämtlichen Arthropathiefällen, mehr weniger ausgesprochen, beobachten konnte. Ferner entwickelt sich Beuge- und Subluxationsstellung im Handgelenke, in den Ellbogengelenken meist leichte Beuge- und Pronationsstellung, in der Schulter Mittel- oder mehr adduzierte Stellung, Knie und Hüftgelenke gebeugt, Wirbelsäule vor allem im Halsteile ergriffen. Neben Deviationen treten Subluxationen, Luxationen, Versteifungen der kontrakturierten Gelenke ein, die zu festen Ankylosen führen können. Die äußere Gestalt der Glieder zeigt dabei nur die Veränderungen, welche aus der veränderten Stellung der Gelenke hervorgehen. Wirkliche Verdickungen der Knochen sind selten. Häufig werden letztere durch Verdickung und Verhärtung der umgebenden Weichteile vorgetäuscht (vgl. die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung im Fall 4). Dabei entwickelt sich rasch bedeutende Muskelatrophie, welche sehr bald zu hochgradigen Bewegungsstörungen führt.

Diese können, wie Přibram hervorhebt, den Patienten ganz hilflos machen (Fall 4 und 5, vgl. auch Bourdillon). Die inneren Organe bleiben dabei lange Zeit oder zeitlebens intakt; der Tod tritt endlich ein durch interkurrente Krankheiten oder durch chronische Tuberkulose, manchmal auch durch chronische interstitielle Nephritis, ganz besonders selten aber durch der Aorta angehörige, auf endarteritischer Grundlage entstandene Herzaffektionen (Fall 4).

Diesen Beginn und Verlauf der Arthropathie konnte ich ganz typisch aus der Anamnese meiner Fälle 4 und 5 erheben und den Endausgang des Prozesses, der durch die eigenartigen Gelenksveränderungen, die Kontrakturen, Ankylosen usw. gegeben ist, konnte ich bei sämtlichen von mir beobachteten Fällen bis auf Fall 3 in mehr weniger großer Variationsbreite finden.

Fall 3 bot zur Zeit der Beobachtung keine Arthropathien dar; er litt aber doch an vorübergehenden Gelenksschmerzen, besonders in den kleinen Fuß- und Handgelenken, hatte später auch eine Zeitlang Schmerzen im äußerlich ganz unverändertem Kniegelenke, die es nicht ganz strecken ließen, also Veränderungen, welche vielleicht auch im Sinne einer beginnenden, primär chronischen Polyarthritis gedeutet werden können.

Im Falle 1 und 2 war aber der Beginn der Gelenkserkrankung ein akuter, im Falle 1 mit Fieber, im Falle 2 soll dieses zeitweise bestanden haben. Hier waren besonders die Kniee Sitz der Gelenkserkrankung und von Rezidiven, zu welchen dann auch gelegentlich der zweiten Rezidive eine Erkrankung der kleinen Fingergelenke hinzutrat.

Man könnte nun einwenden, daß es sich in diesen beiden Fällen nicht um einen primär chronischen Gelenksrheumatismus, sondern um einen sekundär chronischen im Anschlusse an einen akuten gehandelt hat. Dem gegenüber sei darauf verwiesen, daß es nach Přibram, Hoffa und Wollenberg auch zweifellos Fälle von primär chronischer Polyarthritis gibt, die mit initialem Fieber einsetzen. Speziell hebt Přibram hervor, daß der primär chronische Rheumatismus, die rheumatoide Arthritis, fast eben so häufig wie schleichend und unmerklich, auch mit Temperatursteigerungen bis 39° beginnen kann. Nach

kurzer Zeit treten dann Rötung und Schwellung einzelner oder mehrerer Gelenke auf. Sie erkranken dann ebenso wie beim akuten Rheumatismus, ohne daß jedoch im weiteren Verlaufe jener Wechsel der Lokalisation an den Gelenken sich zeigen würde, wie bei diesem. Die einmal erkrankten Gelenke bleiben es auch. Manchmal entwickeln sich Fieber und Gelenkserkrankung gleichzeitig.

Zur Aufklärung des dritten Falles von Herz möchte ich hier noch verweisen auf die einschlägigen Beobachtungen Kahlers und Přibrams, nach welchen dem Auftreten der Gelenksaffektion ein mehrere Wochen dauernder fieberhafter Zustand von ganz eigentümlichem Typus des Fiebers, ohne Anhaltspunkte für eine der bekannten Infektionskrankheiten vorausgehen kann, bis das Auftreten von Gelenksschwellungen das Krankheitsbild klärt.

Abgesehen von dieser obenerwähnten Möglichkeit, daß auch ein primär chronischer Gelenksrheumatismus fieberhaft beginnen kann, wäre auch noch an die ebenfalls von Přibram hervorgehobene Möglichkeit zu denken, daß in meinen Fällen 1 und 2 ein akuter Rheumatismus tatsächlich vorausgegangen war und sich erst später eine primär chronische Polyarthritis entwickelte.

Ich möchte hier noch einmal kurz zurückkommen auf die Differentialdiagnose dieser Arthropathien gegenüber jenen bei Tabes und Syringomyelie. Přibram hebt diesbezüglich mit Recht hervor: „Einerseits kann das Auftreten schwerer Gelenksaffektionen, wie sie bei Tabes, bei Syringomyelie usw. beobachtet werden, nicht entfernt in eine Parallele mit den langsam und symmetrisch sich entwickelnden Gelenksaffektionen bei rheumatoider Arthritis gebracht werden; nur, wenn man die Endstadien dieser mit dem schon zu Anfang eine sehr bedeutende Deformität darbietenden Veränderungen der neuropathischen Affektion vergleicht, stellt sich eine Ähnlichkeit beider heraus. Während ferner die neuropathische Arthropathie diejenigen Gelenke vor allem ergreift, welche mit dem Sitze der anatomischen Läsion in dem entsprechenden Rückenmarkssegment korrespondieren, geht die rheumatoide Arthritis bilateral symmetrisch von den oberen und unteren Extremitäten

gemeiniglich unaufhaltsam aber langsam ihren Weg zu näher dem Rumpfe gelegenen und endlich zu den großen Gelenken."

Aus dem Voranstehenden ergibt sich also, daß wir wohl mit Recht die „Arthropathia psoriatica" als eine primär chronische Polyarthritis auffassen können. Und wenn Adrian, der das Vorhandensein einer besonderen „Arthropathia psoriatica" betont, sagt: „Es gibt eine besonders mit Psoriasis komplizierte, meist polyartikuläre Gelenkserkrankung, die ausgezeichnet ist durch einen eminent chronischen Verlauf ohne Neigung zu Herzkomplikationen, und die durch Salizylpräparate im allgemeinen nicht zu beeinflussen ist und oft frühzeitig zu Mißstaltung und allmählich zu Destruktion der Gelenke führt," so ist gegen diese Definition, welche alle Symptome in ausgezeichneter Weise zusammenfaßt, nichts einzuwenden. Sie faßt aber nicht die Symptome einer, wie Adrian meint, bisher unbekannten, auf nervöser Ätiologie beruhenden chronischen Gelenkserkrankung zusammen, sondern paßt ganz genau auf den primär chronischen Rheumatismus.

Was ist nun die Ursache dieser Arthropathie und vielleicht auch der sie begleitenden eigenartigen Hauterkrankung?

Wenn beide, wie oben auseinandergesetzt wurde, in einem sicheren Zusammenhange stehen, dürften wir wohl auch berechtigt sein, ihnen eine gemeinsame Ätiologie zuzuschreiben, dabei muß aber diese gemeinsame Ätiologie keine gleichartige sein.

Da in meinen Fällen die Gelenkserkrankung dem Auftreten der Hautaffektion vorausging, so sei die wahrscheinliche Ätiologie der ersteren zuerst erörtert. Ich sage ausdrücklich, die wahrscheinliche Ätiologie, da ich mir dessen bewußt bin, sichere Beweise nicht erbringen zu können.

Die Beantwortung dieser Frage deckt sich, da wir die Gelenkserkrankung mit rheumatoider Arthritis identifiziert haben, mit der noch immer strittigen Frage der Ursache der letzteren. Nach Ablehnung der nervösen Ätiologie, welcher wir auch hier begegnen, nach Zurückweisung der Identifizierung der primär chronischen Polyarthritis mit der sekundär chronischen bzw. der akuten Polyarthritis, endlich nach Ablehnung der französischen Diathesenlehre, stehen jetzt wohl die besten Kenner





dieser Erkrankung auf dem Wahrscheinlichkeitsstandpunkte der infektiösen Ätiologie, sei es, wie Hoffa und Wollenberg meinen, daß die Krankheit durch in den Gelenksweichteilen selbst lokalisierte, auf metastatischem Wege dorthin gelangte Mikroorganismen hervorgerufen sei, sei es, daß sie durch Toxinwirkung von an anderen Stellen des Organismus lokalisierten Mikroorganismen entstehe. Ich möchte mich auch diesem Standpunkte anschließen, wofür neben den bisher erhobenen Bakterienbefunden auch die klinischen Beobachtungen wohl am meisten sprechen. Speziell in meinen Fällen 1 und 2 ist es der fieberhafte Beginn mit akuter Gelenksschwellung, das schubweise Auftreten, die akuten, mit Fiebersteigerungen einhergehenden, bald in diesem, bald in jenem Gelenke auftretenden Rezidive im Falle 4, das neuerliche Auftreten nach vorausgegangener Angina im Falle 1, endlich „die Störungen des Urins" mit „Schwellung des ganzen Körpers" im Falle 5, die den Gedanken einer infektiösen Ätiologie nahelegen. Es erscheint mir sehr wertvoll, daß Adrian, der die Sonderstellung der „Arthropathia psoriatica" auf nervöser Grundlage verficht, doch spontan zugibt, daß das schubweise Auftreten der sich meist durch viele Jahre hinziehenden Krankheit ihre Auffassung als infektiöser „nicht als vollständig haltlos" erscheinen läßt.

In welche ätiologische Beziehung ist nun die bestehende Hauterkrankung zur Arthropathie zu bringen?

Da möchte ich verweisen auf gewisse Hauterkrankungen, die wir im Gefolge einer sicher infektiösen Arthritis beobachten und deren Analogie mit den von mir beschriebenen Hautveränderungen des Falles 4 sowohl was das Aussehen der Effloreszenzen, als auch ihre Lokalisation betrifft, sehr auffallend ist; ich meine die gonorrhoische Arthritis und die in ihrem Gefolge auftretenden gonorrhoischen Keratosen.

Auf diese Hauterkrankung wurde ich aufmerksam durch eine Moulage, die ich gelegentlich des Breslauer Dermatologenkongresses in der dortigen Sammlung sah (ich selbst habe diese Krankheit noch nie beobachtet) und welche, wenn ich mich nicht täusche, jenem Bilde entspricht, das Bärmann seiner diesbezüglichen Mitteilung beigibt. Das Aussehen der in dieser

Moulage festgehaltenen Effloreszenzen und ihre Lokalisation antspricht derart dem mir schon damals bekannten Bild der mit Arthropathien vergesellschafteten Psoriasisis des Falles 4, daß ich diesen auffallenden Befund weiter verfolgte.

Ich entnehme nun der Arbeit von Bärmann folgende Schilderung dieser hyperkeratotischen Exantheme bei schwerer gonorrhoischer Infektion. Vor allem ist ihre Entwicklung immer (mit Ausnahme eines einzigen Falles) an das Vorhandensein einer gonorrhoischen Arthritis gebunden; dabei besteht zumeist kontinuierliches Fieber, hochgradige Abmagerung und Anämie. Im Anschluß daran tritt dann das Exanthem auf und zwar sind die primären Effloreszenzen fast stets an der Palma und Planta zu finden, am Nagelfalz oder unter dem freien Nagelrande der Zehen, seltener der Finger. Bärmann unterscheidet 2 Hauptformen des Exanthems, ein disseminiertes, auf den ganzen Körper verteiltes, und ein mehr konglomeriertes, besonders auf Zehen und Fingern, beziehungsweise deren Nägeln lokalisiertes Exanthem. Die Effloreszenzen von Hirsekorn- bis Markstückgröße bestehen hauptsächlich aus einer zusammenhängenden Hornschuppe, welche ungefähr einer dicken Schuppe bei Psoriasis, die mit lokaler Seborrhoe kompliziert ist, gleicht. Die Schuppe älterer Effloreszenzen ist geschichtet, fast einer Austernschale ähnlich; in anderen Fällen wächst sie zu einem spitzen konusartigen Gebilde aus. Sie läßt sich als Ganzes von der trockenen oder wenig feuchten roten papillärgewucherten Basis ablösen. Die lokalisierte Form zeigt neben ebensolchen Effloreszenzen an Händen und Füßen diffusse Verdickung der Hornschichte der Palma oder Planta mit mächtigen glatten oder zerklüfteten konusartigen Bildungen, die der erkrankten Haut das Aussehen einer Reliefkarte verleihen. (Vergl. auch die Fälle von Deutsch und Grosz.) In ganz hervorragendem Maße sind ferner die Nägel und die Nagelfalze, vorzüglich der Zehen, befallen. Der Nagel wird undurchsichtig und brüchig, verdickt und oft verschwimmen Nagel und gewucherter Falz beziehungsweise Unterlage in eine einzige Hornmasse, die sich im ganzen abheben läßt oder sich von selbst abstößt. Das Nagelbett liegt dann als eine von einer zarten dünnen, etwas nässenden, leicht papillären Epidermis-

schichte bedeckte Fläche bloß. In anderen Fällen kommt es zu sehr starker, von vorne nach rückwärts fortschreitender subungualer Hyperkeratose, die den Nagel endlich vollständig abhebt.

Mikroskopisch fand Bärmann hochgradige Parakeratose mit Erweichungsherden, die manchmal eine völlige Aushöhlung der Hornlamellen bedingen und oft den Eindruck einer direkten Eiterung hervorrufen. Für das primäre hält Bärmann eine papilläre Dermatitis, die „sich an den Stellen, wo primär verhornte Epidermis vorhanden ist, als eine mit Exsudation verbundene Parakeratose präsentiert".

Er möchte diese Erkrankung daher nicht als Hyperkeratose, sondern als „Dermatitis papillaris parakeratotica" bezeichnen.

An dieses eigenartige Exanthem, welches nur im Gefolge von gonorrhoischen Gelenkserkrankungen auftritt (von den verschiedenen Autoren wird auch eine gewisse Ähnlichkeit der Arthropathia psoriatica mit gonorrhoischer Gelenkserkrankung zugegeben, haben ja direkt Hallopeau und Macé de Lépinay einen Fall von Arthropathie „blénorrhagiforme" bei Psoriasis veröffentlicht), erinnern besonders die Effloreszenzen meines Falles 4, sowie die Fälle von Deutsch und Grosz.

Es liegt mir ferne, diese Effloreszenzen mit denen der „Psoriasis arthropathica" zu identifizieren, ich möchte aber doch die interessante Analogie beider hier hervorheben und darauf hinweisen, daß im Gefolge einer sicher infektiösen Gelenkserkrankung, der gonorrhoischen, parakeratotische Effloreszenzen auftreten, welche trotz des geringen Ausgesprochenseins klinischer Entzündungserscheinungen, sicher entzündlicher Natur sind.

Es sei hier auch darauf verwiesen, daß Balzer und Deshayes einen Fall von atypischer Psoriasis demonstrierten, die sich an beiden Thenar, den Gelenkbeugen, um den Nabel, am behaarten Kopf, an den Lippen bei einer an gonorrhoischer Arthritis Leidenden entwickelt hatte; in der Diskussion wies Barthélemy auf die frappante Ähnlichkeit dieser Hautaffektion mit gewissen Hauterkrankungen blennorrhoischen Ursprunges hin.



Über die Pathogenese dieser Exantheme sind die Autoren geteilter Meinung; die einen — und dies dürfte wohl nur für die hier nicht zu besprechenden Exantheme erythematöser Natur, die auch bei gonorrhoischer Arthritis beobachtet wurden, zutreffen — betrachten sie als Reflexerscheinungen (Lewin, Finger, Du Mesnil), hervorgerufen durch die irritativen Vorgänge in den Harn- und Generationsorganen. Dagegen hebt Buschke mit Recht hervor, daß gegen die Experimente Lewins, der solche Erytheme künstlich, freilich nur bei Individuen, die sie schon früher gehabt hatten, erzeugte, eingewendet werden kann, daß durch die mechanische oder chemische Reizung der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre kleine Verletzungen entstanden sein können, welche eine Blutinfektion erleichtern.

Die geschilderten Parakeratosen werden aber wohl nur durch Einschleppung des gonorrhoischen Giftes in die Blutbahn zustande kommen können. Und daß das Gift tatsächlich in die Blutbahn gelangt sein muß, dafür sprechen ja die immer vorausgehenden Gelenkserkrankungen. Man hat nun in den Effloreszenzen Gonokokken niemals gefunden und dies läßt es Buschke, worin ich mit ihm übereinstimme, als wahrscheinlich erscheinen, daß es Toxine und Proteine der Gonokokken sind, welche dafür verantwortlich gemacht werden müssen, wozu noch die Möglichkeit einer wirklichen Metastase des Krankheitserregers auf embolischem Wege kommt. Jedenfalls steht die Hauterkrankung in direkter ätiologischer Beziehung zum Virus.

Es ist nun jüngst Chauffard und Fissinger gelungen, experimentell solche Effloreszenzen freilich nur an schon kranken Individuen zu erzeugen, und diese Autoren nehmen an, daß es sich dabei um die Übertragung von seiten der Gonokokken erzeugter Produkte handle, obzwar ihnen der Nachweis der ersteren in den Läsionen weder mikroskopisch noch kulturell gelungen ist. Auch hier begegnen wir wieder einer gewissen Analogie mit den sogenannten „Impfexperimenten“ bei Psoriasis, die nichts anderes sind als Folgen des bekannten Köbnerschen Versuches. Es wird sich auch hier wohl um nichts anderes als um eine, wenn auch nur vorübergehende Prädispo-

sition der Haut für die Entwicklung derartiger Effloreszenzen an durch die Impfung irritierten Hautpartien gehandelt haben.

Ich möchte mich nun auf Grund der klinischen Beobachtung meiner Fälle, sowie aus den soeben angeführten Beobachtungen über gonorrhoische Parakeratose und den sich daraus ergebenden Analogien bezüglich der „Arthropathia psoriatica" dahin aussprechen, daß es sich möglicherweise um eine Erkrankung infektiöser Natur handelt, in deren Gefolge auf toxischem Wege entstandene Exantheme auftreten können. Daß bei dieser Erkrankung Produkte gebildet werden, welchen sicher schwere toxische Wirkung zukommt, dafür spricht wohl die zumeist und rasch einsetzende hochgradige Kachexie der Kranken, die eigentlich in gar keinem Verhältnis steht zu der vorliegenden Gelenkserkrankung. (His nennt die schweren Formen der chronischen Arthritiden „Zehrkrankheiten".) Diese toxischen Substanzen führen zu herdförmiger Entzündung der Haut, welche alle Übergänge von feuchtem Katarrh (Ekzem) bis zu trockenem Katarrh (Psoriasis) darbieten und auch beide Arten des Katarrhs mit einander in Kombination treten lassen können.

Schwieriger zu deuten sind jene Fälle, bei welchen erst nach jahrelangem Bestande der Psoriasis eine Arthropathie auftritt. Dazu ist vor allem zu bemerken, daß nicht jeder bei Psoriatikern auftretende Rheumatismus eine primär chronische Arthritis sein muß. Ich selbst verfüge über 4 Beobachtungen akuter Mono- und Polyarthritis, die bei Psoriatikern auftrat, ohne daß die Hauterkrankung dadurch irgendwie schlecht beeinflußt worden wäre. Es kam im Gegenteil bei einem dieser Fälle, der mit hohem Fieber einherging, zu einer spontanen Heilung seiner Psoriasis, die nach Ablauf der Polyarthritis wieder auftrat. Weiters möchte ich hervorheben, daß in jenen Fällen, in welchen sich rheumatoide Arthritis entwickelt hat, immer angegeben wird, daß die bisher gutartige Psoriasis einen bösartigen Charakter annimmt, daß sie mit starken Entzündungserscheinungen einhergeht und der Therapie trotzt. Bekanntlich ist mehrfach die toxische (autotoxische Tommasoli) Natur der Psoriasis behauptet worden. Die auftretende Arthropathie mag dann ihrerseits zu einer Steigerung der bestehenden Hautsymptome Veranlassung geben.

Literatur.

Ausführliche Literaturangaben über ältere einschlägige Arbeiten finden sich in den unten zitierten Mitteilungen von Bourdillon und Adrian.

Adrian, C. Über Arthropathia psoriatica. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XI. 1903.

Audry et Ancian. Luxation des linken Kniegelenkes im Verlauf einer arthropathischen Psoriasis. Journal des mal. cut. 1909.

Baermann, G. Über hyperkeratotische Exantheme bei schweren gonorrhoischen Infektionen. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. LXIX. 1904.

Balzer et Deshayes. Psoriasis atypique au cours d'une infection blénnorrhagique. Bull. de le soc. franç. de derm. 1906.

Bacquero y Tresarios. Polyarthritis psoriatica. Rivista ibero-americana de ciencias med. 1901.

Benassi, P. Nota clinica sulle causa che possomo determinare le forme umida nella Psoriasi. Giornali ital. delle melatt. veneree e della pelle 1901.

Bonnet, E. Beiträge zum Studium abnormer Psoriasisformen. Thèse de Paris 1900.

Bourdillon. Psoriasis et Arthropathies. Paris 1888.

Brocq. Psoriasis arthropathique Journ. d. practic. 1909.

Bürgener, P. Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis. Deutsche Medizinal-Zeitung 1908. 1—3.

Buschke, A. Über Exantheme bei Gonorrhoe. Arch. f. Derm. und Syph. Bd. XLVIII. 1899.

Chauffard und Fissinger. Bericht über 2 Fälle von gonorrhoischen Keratosen. Soc. franç. de derm. 18. März 1909.

Darier. Psoriasis-Arthropathie. Journal d. practic. 1903.

Deutsch. Atypische Psoriasis (Psoriasis ostreacea). Wiener klin. Wochenschrift 1898. Nr. 6.

Du Castel. Allgemeine pustulöse Dermatitis mit Arthropathien. Soc. franç. de dermat. 1900

Eger. Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen. Berlin. klinische Wochenschrift 1895. Nr. 27.

Forestier. Placards tuberculo-crouteux développées aux membres chez un malade atteint d'arthropathies multiples (polyarthrite déformante). Annal. de derm. 1898.

Gaskoin. On the relation of psoriasis with nerve disorders. Brit. med. Jour. 1873.

Gassmann. Kasuistische Beiträge zur Psoriasis. Arch. f. Derm. Bd. XLI. 1897.

Gaucher. Die Metastasen der Psoriasis. II. internat. Dermat. Kongreß. 1892.

Gerhardt. Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkserkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 38.

Grosz. Psoriasis, im Handbuch der Hautkrankheiten von Mraček. Band II.

Grosz. Über die Beziehungen einiger Dermatosen zum Gesamtorganismus. Wiener klin. Wochenschr. 1899. Nr. 9.

Grosz. Atlas der Hautkrankheiten von Mraček, Tafel 43—45. Bei Lehmann, München 1904.

Grube. Über Psoriasis im Zusammenhang mit Gicht und Diabetes. Berlin. klin. Wochenschr. 1897. Nr. 52.

Hallopeau et Lemierre. Soc. franç. de dermat. Sitzung vom 10. Jänner 1901.



Hallopeau et Macé de Lépinay. Sur une arthropathie psoriatique aigue blenorrhagiforme (variété nouvelle). Bull. de la soc. franç. de derm. 1906.

His. Gicht und Rheumatismus. Dtsch. med. Woch. 1909. Nr. 15.

Herz. Über das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen. Wiener med. Woch. 1896. Nr. 39.

Hoffa und Wollenberg. Arthritis deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus. Bei Enke. Stuttgart. 1908.

Jadassohn. Über Atypien bei Psoriasis vulgaris. Berliner Klinik. 1897. H. 113.

Jadassohn. Hautkrankheiten und Stoffwechselanomalien. Referat auf dem V. internat. dermat. Kongr. Berlin. 1905.

Kuznitzky. Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1897. Bd. XXXVIII.

Lipman-Wulf. Zur Frage der Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen. Dermat. Zeitschr. 1903.

Menzen. Über Gelenkerkrankungen bei Psoriasis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1904. Bd. LXX.

Möller. Dermatolog. Gesellschaft in Stockholm. 29. Sept. 1904.

Nielsen. Klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XXV.

Peschel. Psoriasis und Gelenkrheumatismus. Inaug.-Dissertation. Berlin. 1897.

Polotebnoff. Psoriasis. Dermatolog. Studien. II./5. Erg.-Hefte zu den Monatsheften f. prakt. Derm. 1891.

Poor. Beiträge zur Ätiologie und Pathologie der Psoriasis vulgaris. Prager Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde. Bd. I. 1878.

Přibram. Chronischer Gelenkrheumatismus und Osteoarthritis deformans in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie. Bei Hölder. Wien. 1902.

Rosenthal. Über typische und atypische Psoriasis. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. Erg.-Hefte.

Le Roy Satterlee. Americ. Journal of Dermat. Bd. IV.

Schütz. Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. Arch. f. Dermatologie. 1892.

Selenew. Exsudation und Keratosen. Dermat. Zeitschrift. 1905.

Sellei. Pathologische und klinische Beiträge zur Psoriasis vulgaris. Wiener med. Woch. 1899. Nr. 34.

Shield. Psoriasis varioliformis. Americ. Journal of Derm. 1899.

Shoemaker. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888.

Stoffel. Plattfuß und Arthropathia psoriatica. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 17.

Strauß. Psoriasis und Arthropathien. Berliner klin. Wochenschr. 1898. Nr. 28.

Tommassoli. Über autotoxische Keratodermiten. Monatsh. f. prakt. Dermat. Erg.-Heft. 1893.

Tommassoli. Jahresbericht über die Fortschritte der Medizin. 1892.

Unna. Histopathologie.

Unna. Pariser Briefe. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888.

Waelsch. Abnorme Fälle von Psoriasis. Prag. med. Woch. 1898.

Wollenberg. Kasuistische Beiträge zur sogenannten Arthropathia psoriatica. Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 2.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Demonstrationsabende

im Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg.

Sitzung vom 20. November 1909.

Herr **Arning** stellt zwei Fälle von Pemphigus infantum und einen Fall von Dermatitis exfoliativa (Ritter) vor und erörtert im Anschluß daran die differentialdiagnostischen Unterschiede zwischen beiden. Der Pemphigus infantum stellt nur eine Abart der Impetigo vulgaris dar, die aber auf der Kinderhaut dem verschiedenen Terrain entsprechend andere Formen angenommen hat; beim Pemphigus infantum finden sich im Blaseninhalt meist ausschließlich Staphylokokken, während der Impetigo der Erwachsenen mehr Streptokokken enthält (Demonstration von Präparaten). Die Rittersche Dermatose (der vorgestellte Fall ist typisch) ist ätiologisch noch vollkommen unklar. Arning hat bei diesen prognostisch sonst ungünstigen Fällen therapeutisch relativ gute Resultate durch Trockenbehandlung mit Xeroform erreicht.

Sitzung vom 18. Dezember 1909.

Herr **Arning** stellt einen 22jährigen Mann mit Syphilis vor; papulöses Exanthem, Papeln am Anus und an den Tonsillen. Wassermannsche Reaktion positiv. Patient ist anderweitig 6 Wochen lang wegen Analfissur behandelt worden, da seiner Aussage, er habe nie koitiert, Glauben geschenkt wurde. Es läßt sich zur Zeit auch kein Primäraffekt oder Reste eines solchen nachweisen. Dagegen kann mit hoher Wahrscheinlichkeit jetzt geschlossen werden, daß es sich bei der „Analfissur“ um einen Primäraffekt am Anus gehandelt hat. Denn Patient gibt jetzt auf Befragen zu, ausschließlich homosexuell aktiv und passiv verkehrt zu haben. Die Anamnese ergibt homosexuelle Neigungen von frühester Jugend an.



Es schließt sich daran eine längere Debatte über die Homosexualität in psychiatrischer und rechtlicher Beziehung. Herr Sänger hält den Fall für angeborene Homosexualität, an deren Existenz er früher gezweifelt habe und führt einen Fall aus seiner eigenen Praxis an. Diese Fälle seien unheilbar. Herr Trömner hält ebenfalls die angeborene Anlage für das Wesentliche.

Herr **Jenssen** demonstriert mehrere Fälle von Zungensyphilis und Moulagen von dieser Krankheitslokalisation und betont die Hartnäckigkeit dieser Formen und geringe Beeinflußbarkeit durch die Therapie.

Sitzung vom 15. Januar 1910

Herr **Bolte** zeigt zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring. Der erstere, einen jüngeren Mann betreffend, ist jetzt geheilt unter Hinterlassung von Pigmentierungen. Doch werden Moulagen demonstriert, in denen die verschiedenen Stadien dieses Falles festgehalten worden sind. In dem zweiten handelt es sich um einen älteren Mann, der früher stets gesund gewesen ist. Vor 3 Wochen begann die Affektion an der Innenfläche der Oberschenkel mit Jucken, Brennen, Erythem und nachfolgender Blasenbildung, die sich rasch über den ganzen Körper verbreitete. Es wird die Differentialdiagnose mit Pemphigus und Erythema multiforme exsudativum erörtert. Die Therapie bestand in beiden Fällen in wochenlanger Darreichung von Chinin (0·5—1·5 täglich). Äußerlich wurde eine 2% β-Naphthol-Kampfersalbe angewandt.

Herr **Jenssen** demonstriert zwei Fälle von schwerer ulzeröser Lues im Frühstadium der Krankheit. Bemerkenswert ist, daß bei einem Fall die Wassermannsche Reaktion anfangs negativ, später stark positiv war.

Sitzung vom 19. Februar 1910.

Herr **Arning** (Ref. Dr. Lewandowsky) stellt einen Fall von Lepra vor.

45jähriger Kaufmann, hat lange Jahre in Südamerika gelebt, früher Lues durchgemacht und kam vor ca. 8 Wochen nach Europa. Wegen nervöser Beschwerden wurde er von anderer Seite mit Jodkali behandelt. Während der Jodtherapie trat vor 4 Wochen ein Exanthem auf, das anfänglich als medikamentöses aufgefaßt wurde, das aber nach Aussetzen der Behandlung bis heute noch zunahm. Patient zeigt jetzt am ganzen Körper einzelstehende Krankheitsherde von 10 Pfennigstück- bis Handtellergröße. Die Herde sind von braunroter Farbe (auf Glasdruck bräun-



licher Farbenton) und deutlich erhaben, ziemlich scharf abgesetzt, aber von unregelmäßigen Grenzkonturen, stark infiltriert, von mittelweicher Konsistenz und bedeckt mit mehr oder weniger reichlichen kleinen Schuppen. Die größten Herde zeigen zentral eingesunkene Stellen von Farbe und Aussehen der normalen Haut. Außer diesen Herden noch vereinzelte kleine, linsengroße, vom Aussehen luetische Papeln, doch in Farbe und Beschaffenheit auch Übergänge zu den großen Herden zeigend. An der Außenfläche des linken Oberschenkels hat die Haut in einem großen umschriebenen Bezirk ein leicht hellbräunliches trockenes Aussehen. Auch die Haut der Fußrücken hat eine eigentümlich trockene Beschaffenheit. Nach Pilokarpininjektion findet an diesen sowie an den anderen erkrankten Stellen keine Schweißsekretion statt, wobei ein deutlicher Kontrast zur stark schwitzenden normalen Haut zu konstatieren ist (Arning legt auf dieses Symptom nach seinen Erfahrungen bei Lepra besonderes Gewicht). Auf allen Herden ist die Berührungsempfindung erhalten, dagegen ist die Schmerzempfindung (Nadelstich) ganz bedeutend herabgesetzt oder ganz aufgehoben, so auch auf dem hellbraunen Hautbezirk am linken Oberschenkel; an den Fußrücken keine Veränderung der Sensibilität.

Zur histologischen Untersuchung wurde ein ca. 1-Markstückgroßer Herd vom linken Vorderarm und eine papulöse Effloreszenz vom Rumpf exzidiert. Es fanden sich sehr scharf abgesetzte, meist perivaskuläre Infiltrate aus epithelioiden Zellen und Lymphozyten mit einzelnen Langhansschen Riesenzellen. Mit Ziehlscher Färbung wurden darin ganz vereinzelte, nach Much etwas mehr aber immer noch sehr spärliche Bazillen gefunden.

Der Fall stellt ein eigenartiges Übergangsfaktum zwischen makulöser und tuberkulöser Lepra mit einzelnem Charakter der von Jadassohn und Arning früher beschriebenen tuberkuloiden Formen dar.

Herr **Arning** zeigt einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem einjährigen Kinde. Die Affektion wurde draußen als Lues aufgefaßt. Es sind zahlreiche hellbraune Flecke am ganzen Körper zu sehen, die auf mechanische Reizung deutliche Quaddeln bilden. Histologisch typischer Mastzellentumor.

Sitzung vom 19. März 1910.

Herr **Arning** demonstriert 1. einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem ca. 6jähr. Knaben mit so hochgradigen Flecken im Gesicht, daß die Physiognomie eines Leprösen vorgetäuscht werden könnte. Auch am übrigen Körper ist die Affektion ungewöhnlich stark ausgeprägt. Demonstration von Moulagen und mikroskopischen Präparaten, in denen sich außerordentlich starke Anhäufungen von Mastzellen bis in den Papillar-

körper hinein finden. Bemerkenswert ist der starke Indikangehalt des Urins; Arning glaubt mit Berücksichtigung dieses Symptoms eine Direktive für die Therapie gefunden zu haben, die in Salol- und Salizyldarreichung besteht.

2. Einen Fall von Lichen ruber planus, der besonders deutlich an der Wangen- und Lippenschleimhaut ausgeprägt ist. Wahrscheinlich handelt es sich beim Lichen planus um eine Allgemeinerkrankung.

3. Einen Fall von Gonorrhoe mit Hautmetastasen. Patient hat 1881, 1899 und 1907 Gonorrhoe gehabt, die beiden letzten Male auch Arthritis gonorrhoica; 1907 war auch Conjunktivitis und Exanthem aufgetreten. Jetzt bei neuer gonorrhoischer Infektion typische Hyperkeratose der Plantae und eine besondere Form der Balanitis, die Arning häufig bei gonorrhoischer Allgemeinerkrankung beobachtet hat. Es ist dies der dritte Fall von ausgeprägter Keratosis blennorrhagica, den Arning seit 4 Jahren beobachtet hat; weder in den Blasen noch in der Balanitis Gonokokken nachweisbar. Die Fascien der Streckseite der Extremitäten weisen zahlreichere größere und kleinere Knötchen auf (Arthritis nodularis der englischen und französischen Autoren). Auf der Haut des Rumpfes trockene rote, leicht hyperkeratotische Effloreszenzen, frisch von varioliformem Aussehen. Es gelang auch hier nicht, Gonokokken zu finden. Arning glaubt hier an die Wirkung von Gonokokkentoxinen.

Sitzung vom 16. April 1910.

Herr **Jenssen** zeigt einen Fall von Lues der Zungen mit sekundärem Karzinom, das auf Antimeristem heilte (der Fall ist in der deutschen med. Wochenschr. 1910 in extenso publiziert).

Herr **Lewandowsky** demonstriert (Autoreferat) 5 Fälle von Mikrosporie, dazu aus differential diagnostischen Gründen einen Fall von hochgradiger Alopecia areata, 2 Fälle von Trichophytie des Körpers und schließt daran eine kurze Schilderung der hier vorkommenden Dermatomykosen, speziell im Anschluß an die bahnbrechenden Untersuchungen von Sabouraud.

Die Mikrosporie scheint in letzter Zeit in Hamburg in stetiger Zunahme begriffen zu sein (L. hat seit Jahresanfang 10 Fälle beobachtet). In allen Fällen handelt es sich um den vom Tier her übertragenen Erreger, das Microsporon lannosum. Dagegen haben Plaut und Delbanco in letzter Zeit auch mehrere Fälle von Infektion durch Mikrosporon Audouini gefunden. Von Trichophytien scheinen die in Paris und London so häufigen Endothrixformen von oberflächlicher Trichophytie der Kinderköpfe hier nicht vorzukommen, desgleichen der Favus, dagegen sind oberflächliche und tief infiltrierende Erkrankungen durch Trichophyton endo-ektothrix nicht selten. Aus diesen Fällen wurde zweimal Trichophyton



gypseum gezüchtet, mehrmals ein Pilz, der dem Trichophyton cerebriforme Sabourauds zu entsprechen scheint. Auffallend ist, daß in einigen Fällen, trotz reichlichstem mikroskopischen Pilzbefund die Kulturröhrchen steril glieben. An der Beschaffenheit des Nährbodens kann das nicht gelegen haben, da andere Pilze gut und typisch darauf wuchsen (der Nährboden war genau nach der Vorschrift Sabourauds mit den aus Paris bezogenen Substanzen hergestellt). Demonstration von Kulturen und Präparaten. Man erhält hübsche Demonstrationspräparate, die aber nicht unbeschränkte Zeit haltbar sind, durch Giemsasche Farblösung, wobei die Pilze sich azurblau, die Schuppen und Haare sich rosa färben. Zur Therapie verweist Lewandowsky für die infiltrierten Formen auf die von Jadassohn mit Vorliebe angewandte essigsaure Tonerde. Für die Mikrosporie und die oberflächlichen Trichophytien der Kinderköpfe kommt einzig und allein die Behandlung mit Röntgenstrahlen in Betracht.

Herr **Arning** hat vor 4 Jahren eine Favuserkrankung der Skrotalhaut beobachtet.

Herr **Albers-Schönberg** fürchtet bei der Röntgenbehandlung bleibende Störungen des Knochenwachstums der Kinderköpfe, hat einmal bei einem Lupusfall eines 10jährigen Knaben eine ausgesprochene Assymmetrie des knöchernen Schädels entstehen sehen; bei Sykosis parasitaria hat er eine zu starke Reaktion durch Röntgentherapie gesehen.

Herr **Lewandowsky** führt das Resultat in dem Lupusfall darauf zurück, daß zur Lupusbehandlung viel größere Dosen als die zur Trichophytiebehandlung nötigen verwendet werden. In dem anderen Fall handelt es sich um eine Sykosis staphylogenes non trichophytica, die manchmal auf Röntgenstrahlen weniger gut reagieren.

Herr **Hensel.** Ein Fall von Pemphigus malignus bei einem 52jähr. Mann. Auftreten vor einem Jahr mit Ulzerationen und Blasen der Mundschleimhaut. Vor 6 Wochen erste Blase am Kopf, vor 3 Wochen am Bauch, jetzt über den ganzen Körper verbreitet; trotzdem auffallend guter allgemeiner Ernährungszustand.[1])

Herr **Meyer-Delius** zeigt zwei Fälle von hereditärer Lues bei Säuglingen und erörtert eingehend die diagnostische Verwertung und Systematisierung der verschiedenen, bei hereditärer Lues der Kinder beschriebenen Symptome.

Herr **Zipperling** stellt einen Fall mit schwierig zu stellender Syphilisdiagnose vor.

Herr **Schneider.** Suprapubische Cystotomie bei Prostata carcinom.

Herr **Reinecke.** Pustula maligna, Vernichtung des linken oberen Augenlides bei Erhaltensein des Bulbus und der Lidränder (cf. Sitzung vom 21. Mai 1910).

---

[1]) Patient ist nicht viel später zum Exitus gekommen.

Sitzung vom 21. Mai 1910.

Herr **Plate** zeigt einen jungen Mann mit gonorrhoischer Gelenkaffektion, Schwellung der Bursa achillea und Erkrankung des Achillespornes (Röntgenbild), Achillodynie. Therapie: Jod.

Herr **Reinecke.** Ein Fall von Anthrax im Anschluß an die Demonstration der vorigen Sitzung. Heilung ohne Transplantation der Lider.

Herr **Hensel.** Fall von Lues mit häufigen Rezidiven ausschließlich an den Tonsillen.

Herr **Ahlefeld.** Ein Fall von Karzinom auf Basis eines kongenitalen Naevus am Bein, bestehend seit 2 Jahren.

Herr **Meyer-Delius.** Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, nicht sehr stark ausgeprägt, da größere Tumoren fehlen; auf dem Dorsum ped. sin. ein Lymphangiom. Die Mutter soll an derselben Affektion leiden. Bei derselben Patientin eine Balanoposthitis der Clitoris, die für Lues gehalten worden war. Keine Spirochaeten, Wassermann negativ.

Herr **Wiesinger**: Die bösartigen Formen dieser Neurofibromatose geben letale Prognose, die Patienten gehen kachektisch zu grunde.

Sitzung vom 18. Juni 1910.

Herr **Hensel.** Primäraffekt der Nasenspitze, sekundäres Exanthem.

Herr **Arning.** 1. Kraurosis vulvae, die nicht nur am Introitus vaginae bestand, sondern tief hinein bis zum Uterus reichte. Bei derselben Patientin eigentümliche arthritische Deformationen, vortäuschende Stellung der Handknochen verursacht durch Veränderungen und Verdickungen in den Diaphysen. Fournier hat dieses als Folge eines difformierenden chronischen Rheumatismus und für hereditäre Lues verdächtig beschrieben. Aus der Anamnese geht derartiges nicht hervor, dagegen Wassermann positiv und Reste einer Iriditis, Chorioiditis disseminata und auch dementsprechende Zahnveränderungen.

2. Arthritis gonorrhoica und Keratosis plantarum und keratotische Balanitis in der erten Woche nach Akquisition einer ersten Gonorrhoe. Kein Exanthem.

Herr **Lewandowsky** zeigt einen Fall von Lupus erythematodes, relativ rasch entwickelt und deshalb vorsichtig zu behandeln, um keine akuten Schübe zu provozieren. Westberg (Hamburg).



Elfte Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie.

In den Sitzungen, die vom 20.—23. Dezember 1909 in Rom statt hatten, wurden folgende Vorträge gehalten:

Barduzzi und Simonelli. Hereditäre Syphilis.

Ayala. Hautinfiltration des inneren Blattes des Präputiums, die eine syphilitische Initialsklerose vortäuschte, als Komplikation eines gonorrhoischen Prozesses.

Campana. Sporotrichosis.

Carnevali. Über die sogen. parasyphilitischen Manifestationen.

Chirivino. Die Farbreaktion Schürmanns zur Diagnose der Syphilis.

Cipolla. Klinischer Beitrag zur Wassermannschen Reaktion.

Mibelli und Philippson. Dermatologische Nomenklatur.

Das Thema enthielt zahlreiche wichtige Vorschläge und soll in den kommenden Sitzungen der Gesellschaft weiter erörtert werden.

Pini. Betrachtungen über die Serodiagnose Wassermanns.

Gavini. Serodiagnose Wassermanns.

Lombardo, C. und Tognoli, E. Über die Passage des Quecksilbers von der Mutter zum Fötus.

Mannino. Zwei neue Fälle von Abortierung der Syphilis mittels intensiver und frühzeitiger Hg-Behandlung.

Mariani. Syphilis und Ehe.

Truffi. Untersuchungen über die Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere.

Minassian. Modifikation zu den Methoden der Untersuchung auf Spirochaeta pallida. Schnelle Imprägnation der syphilitischen Gewebe mit Argent. nitricum. Es werden zwei Lösungen gebraucht: 1. Argent nitric. 1·5, Formol 5·0, Alkohol 50·0. 2. Acid. pyrogall. 3·5, Formol 10·0, Alcohol absol. 100·0. Die Stücke bleiben 24 St. in Lösung 1 bei 32—35°, dann ebenfalls 24 St. bei derselben Temperatur in Lösung 2.

Dann Alkohol, Xylol.

Sabella. Das kalte Bad (in Regenform) bei rezenter Syphilis.

Terzaghi. Unsere Resulsate bei der Untersuchung auf Spirochaeta pallida.



Terzaghi. Die Wirkungen der Röntgenstrahlen bei Pruritus infantilis.

Ossola. Weitere Untersuchungen über die Übertragbarkeit der Syphilis auf Kaninchen.

Ossola. Syphilis des Hodens beim Kaninchen.

Dalla Favera. Weitere Beobachtungen über den Gebrauch des „Arsacetin“ bei der Behandlung der Syphilis.

Stancanelli. Über den Wert des Arsacetin von Ehrlich bei der Behandlung der konstitutionellen Syphilis.

Fiocco. Neue Untersuchungen über den Boubas (Framboesia tropica) Brasiliens.

Verrotti. Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei drei Fällen von brasilianischem Boubas (mit Demonstration von Zeichnungen, mikroskopischen Präparaten, Photographien und Moulagen).

Lombardo, C. Ampullen für unlösliche Quecksilberpräparate.

Mazza. Kulturversuche im Reagensglase der Spirochaeta pallida.

Radaeli. Bakteriologische Untersuchungen bei Pemphigus (mit Demonstration von Kulturen und mikroskopischen Präparaten).

Simonelli. Beitrag zum Studium der Alterationen des Knochenmarks bei Pemphigus.

Stancanelli. Dermatitis pemphigoïdes diffusa mit akutem und gutartigem Verlauf durch Autointoxikation alimentären Ursprungs.

Fiocco. Die Trichophytien in Venedig.

Majocchi. Weitere klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über das Granuloma trichophyticum.

Radaeli. Eigenartiger Fall von Keratoma palmare et plantare.

Vignolo-Lutati. Über einen Fall von periodischer Alopekie (mit Demonstration von Photographien und Mikrophotographien).

Simonelli. Intravenöse Inokulationen von gonorrhoischem Eiter bei Kaninchen.

Dalla Favera. Erythema elevatum diutinum und Granuloma anulare.

Ercoli. Weitere Untersuchungen über einen Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen (mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

Eccoli. Über einen Fall von generalisierter Sklerodermie mit Leberzirrhose. (Klinischer Beitrag zum Studium der Läsionen innerer Organe bei Sklerodermie.)

Pelagatti. Über eine noch nicht beschriebene Varietät von Mikrosporum.

Majocchi, D. Über die Dermato-myiasis muscosa.

Mibelli, V. Zwei Fälle von Myiasis cutanea durch Sarcophaga carnaria.

Verrotti. Über einen eigenartigen Fall von Lupus erythematodes diffusus am ganzen Kopf und an den Händen. (Klinischer, histologischer und pathogenetischer Beitrag.)



Verrotti. Über einen Fall von Periphlebitis der unteren l. Extremität, die eine zirkumskripte Sklerodermie vortäuschte.

Ciarrocchi. Über eine Varietät von Hautgangrän bei Wickelkindern durch chemische Ursachen.

Pecori. Über Dermatosen durch die Verwendung von Paraphenylendiamin zu kosmetischen Tinkturen.

Truffi. Ein Fall von Lepra in Savona.

Serra. Beitrag zum Studium des Bazillus Hansen.

Rivalta. Bedeutung des Studiums der Simulation bei Dermatosen.

Sberna. Krätze durch Korn.

Define. Lichen planus obtusus. (Klinische, histologische und bakterioskopische Beobachtungen mit experimentellen Untersuchungen.)

Define. Ausgedehntes ulzero-serpiginöses dorsolumbales Syphiloderm infolge Syphilis ignorata.

Lanzi. Einige mit Atoxyl geheilte Fälle von Psoriasis.

La Mensa. Lichen scrophulosorum spinulosus.

La Mensa Lichen planus mit ausschließlich annulärer Form, mit atypischem Auftreten bei einem Psoriatiker.

Ayala. Über einen Fall von Prurigo Dubreuilh (bei Lymphdrüsenerkrankung).

Carruccio. Spezifische Meningo-myelitis.

Vignolo-Lutati. Über zwei Fälle von Recklinghausenscher Krankheit (mit Demonstration von Photographien).

Segré, H. Ein Fall von Bromoderma tuberosum nach Gebrauch von Bromural.

Garibaldi. Günstige Resultate bei der Behandlung der chronischen Urethritis mit einer Kanüle zu doppeltem Gebrauch.

Garibaldi. Inokulationsversuche mit leprösem Metrial in den Hoden eines Hammels.

Galimberti. Die chemischen Strahlen des Spektrums bei der Germination und den Dermopathien.

Mazza. Polymorphes bullöses Erythem mit Ausgang in Ulzeration.

Ercoli. Beschreibung zweier atypischer Fälle von Psoriasis (mit Demonstration von Photographien).

Ercoli. Atrophie der Glans infolge neoplastischer und chronisch entzündlicher Prozesse des Präputiums (mit Demonstation anatomischer Stücke und mikroskopischer Präparate). J. Ullmann (Rom).



Fachzeitschriften.

Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. LI. Nr. 7.

Scheuer, O. Beginnt die Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) als Follikulitis oder nicht? pag. 291.

Scheuer konnte die verschiedenen Stadien dieser Erkrankung an einem Falle genau beobachten und auch histologisch untersuchen. Aus follikulären Pusteln wurden größere „pustulöse Knötchen", die härter wurden und sich mit einer Kruste bedeckten. Nach Abfall der Krusten entstand eine linsengroße, platte Prominenz, die in der Mitte haarlos war. Diese Prominenzen vergrößerten sich allmählich nach allen Dimensionen. Die histologische Untersuchung ergab als Anfangsstadium eitrige Follikulitis und Perifollikulitis, als späteres Homogenisierung des Bindegewebes mit Schwund der elastischen Fasern, als Endstadium narbige Veränderung mit reichlicher Neubildung der elastischen Fasern unter frisch entzündlichen Vorgängen. Der Ausgangspunkt der Dermatitis papillaris capillitii ist also eine Follikulitis. Im Anschluß an diesen Fall berichtet Scheuer noch über einen zweiten, mit Dermatitis papillaris am Nacken im Anschluß an lange bestehende Furunkulose, dessen histologische Untersuchung die oben gestellte Frage nicht beantworten ließ. Bei beiden Patienten waren die Kopfhaare sehr stark und in Gruppen angeordnet, was die Entstehung derartiger Follikulitiden begünstigen soll.

Vignolo-Lutati, C. Über einen seltenen Fall von periodischer Alopezie. pag. 301.

Seit dem Alter von 15 Monaten fielen bei dem nun 16jährigen Mädchen alljährlich im Herbst die Haare aus, um im Frühjahr wieder nachzuwachsen (Beobachtungszeit 2½ Jahre). Verfasser unterscheidet im zyklischen Bilde des Verlaufes 4 klinisch und histologisch nachweisbare Perioden: 1. Periode der Tricholyse. Die leicht ausziehbaren Haare haben eine volle Zwiebel, ihre Wurzel zuweilen etwas atrophisch und entfärbt. Haut normal sensibel, weich und glatt, etwas blaß. Nach wenigen Tagen kommt es zur 2. Periode, der wahren und echten Alopezie, die bis zum Anfang des Frühjahrs dauert. Die 3. Periode, die der Trichogenese, ist charakterisiert durch leicht rosiges Aussehen der Haut, die mit schwarzen Punkten besät ist; beim Darüberstreichen ist sie rauh durch Beginn des Haarwachstums. In der 4., der trichotischen Periode, ist sie normal stark



behaart. Die histologische Untersuchung bestätigt diese Einteilung des klinischen Verlaufes. In der Nähe der Papille sind im 1. Stadium die Veränderungen der Haare ausgesprochener, was auf eine Entwicklungsanomalie in direkter Beziehung zu einer schweren Störung der Papille selbst hinweist. In den letzten 2 Jahren der Beobachtung erfolgte die Trichogenese inselförmig, außerdem behaarten sich im letzten Frühjahre erst einige Stellen, die im vorletzten kahl geblieben waren. An diesen letzteren Stellen konnte Verf. histologisch eine vorübergehende Hypotrophie, einen „lethargischen Zustand der Papille" nachweisen. Die periodische Alopezie geht synchronisch einher mit einer periodischen Abnahme des Hämoglobingehaltes, Blässe der Haut und Schleimhäute. Der pathogenetische Prozeß ist aber dadurch nicht erklärt. Das Krankheitsbild bezeichnet Verf. als „Alopecia periodica". Ludwig Waelsch (Prag).

The journal of cutaneous Diseases including Syphilis. XXVIII. Sept. 1910. Nr. 9.

Ormsby, Oliver S. Chicago. Syringoma. p. 433.

Die als Syringozystom beschriebenen Fälle lassen sich in zwei Gruppen teilen. In denen der ersten Gruppe, zu welcher die multiplen benignen zystischen Epitheliome gehören, ist die Erkrankung hereditär, sie beginnt in früher Lebenszeit, häufig bei mehreren Familienmitgliedern und betrifft besonders Gesicht und Kopf; die Herde sind verschieden große, weißliche, bräunlich rote, durchscheinende, eventuell erweichende oder epitheliomatös werdende Knötchen. Sie entstammen dem Rete oder den Haarwurzelscheiden (Brooke, Fordyce. Hartzell).

Die zur zweiten Gruppe gehörige Erkrankung ist nicht hereditär; vorwiegend ergriffen der Stamm, die in Farbe, Größe und Gestalt sehr verschiedenen Knötchen sind weicher als jene der ersten Gruppe; ihren Ausgang nehmen sie von Schweißdrüsen, Lymph- und Blutgefäßen. Sie sind unter den verschiedensten Namen beschrieben (Eruptive Hydradenome, Syringozystome, Hämangioendothelioma, Lymphangioma tub. mult. etc. etc.).

Ormsby beschreibt einen zur 2. Gruppe gehörenden Fall, welcher die rapide Entwicklung teils flacher, teils tiefer, diskret sitzender oder zu lappigen Plaques zusammenfließender Knötchen an der Haut einer 23jährigen, sonst gesunden, ledigen Frau zeigt. Nach vorausgehendem Jucken und Versiegen der Schweißsekretion entwickelten sich die Herde zuerst um die Ellbogen und hierauf rasch und reichlich an Ober- und Unterarmen, Brüsten, Gesicht, Augenlidern, Ober- und Unterschenkeln. Nur Handflächen, Sohlen und Kopfhaut waren frei. Manche der Herde schwanden spontan, andere prompt auf Röntgenbestrahlung; auch 10 Sekunden-Applikation von CO_2-Schnee beseitigte sie. Doch entwickelten sich gleichzeitig zahlreiche andere an den erwähnten Stellen. Die histologische Untersuchung ergab Fehlen jeglichen Zusammenhangs zwischen Rete und den Krankheitsherden. Letztere bestanden aus epithelialen, den Wand-



zellen der Schweißausführungsgängen gleichenden Zellen ohne Kollagen oder Elastin. Schweißgänge und Drüsenknäuel sind innerhalb der Knoten in Fragmenten vorhanden. Zwischen den epithelialen Herden ist Zellinfiltration (Bindegewebe) mit tinktoriell verändertem Kollagen und Elastin vorhanden. Verfasser hebt für seinen Fall die große Ausbreitung und die spontane Involution als Besonderheiten gegenüber anderen Fällen der Syringome hervor. Den Ausgang der Zellproliferation verlegt er in die Schweißdrüsenepithelien — was Hartzell (Diskussion) in den Präparaten nicht begründet findet — und weist auf die Möglichkeit hin, daß örtliche Reizung der Schweißdrüsen durch eine (chemisch freilich nicht nachweisbare) Änderung des Stoffwechsels die Ursache für die Erkrankung abgeben könnte.

Montgomery, Douglas W. San Francisco. Über Ausbreitung der Impetigo contagiosa auf den Schleimhäuten. p. 445.

Selten wird die Lokalisation der Impetigo contagiosa auf der Schleimhaut erwähnt, doch ist die Kenntnis hievon wichtig, weil die Impetigo nach Abheilung auf der Haut noch länger auf der Schleimhaut fortbestehen kann. Auch ist die Medikation für letztere Lokalisation milder zu gestalten. Ein 45jähriger Mann aus Montgomerys Praxis bekam von einem „kalten Geschwür" des r. Mundwinkels eine im Gesicht verbreitete Impetigo und intensive Rötung, Krustenbildung und Sekretion beider Nasenlöcher sowie Konjunktivitis mit starker Rötung der äußeren Augenlider. Diese Schleimhautaffektion und eine heftige Halsentzündung bestanden nach Abheilung der Hautherde noch weiter. Die Augenaffektion heilte unter Kalomel, die Nasen-, Mund- und Halsaffektion unter einer alkalisch-antiseptischen Dusche. Montgomery hat in 11% von Impetigo contagiosa Schleimhautaffektionen meist von geringerer Stärke gefunden, davon in der Hälfte an Lippen, Mund- und Augenwinkeln, selten an den Nasenlöchern. Die Übertragung geschieht bei Kindern gern durch die Zunge. Als beste Medikation für die Lippenlokalisation empfiehlt M. gesättigte Borlösung und hierauf 3% Präzipital-Zinksalbe.

Keyes, E. L. Einige Elemente in der Prognose der erworbenen Syphilis. p. 449.

Die Prognose der Syphilis ist durch alle Verhältnisse unserer Zivilisation, durch Alter, Beschäftigung, Konstitution, Lebensweise, Alkoholismus etc. beeinflußt. Die Lebensdauer erleidet durch sie eine Abkürzung, die von den einzelnen Autoren, Mathes, Bramwell, Blaschko, nach einem freilich sehr verschiedenen Material recht variabel angegeben wird. Charakteranlage und Alkoholismus scheinen K. nicht von ausschlaggebender Bedeutung für die Entstehung gewisser paraluetischer Folgezustände. Wichtig für die Prognose ist Dauer resp. Gründlichkeit der Behandlung. Quecksilber schränkt die Syphilis ein, heilt sie aber nicht. Der Verlauf der Erkrankung bei den Privatfällen ist weit milder als bei den klinischen. Eine ordentliche Behandlung besteht in der intelligenten, chronisch intermittierenden Verabreichung des Quecksilbers, Abstinenz von Alkohol mit allgemeiner Hygiene.



Der Einfluß des Alters auf den Tertiarismus zeigt sich nicht in größerer Häufigkeit, sondern in früherem Auftreten. Die Perforationen des Gaumens und Septums erscheinen in 50% in den ersten 6 und in 75% in den ersten 10 Jahren. Aus einer Statistik von über 2000 Fällen, von welchen er bestimmte Reihen 5—15 Jahre und länger beobachtet hat, schließt er, daß drei Viertel der Kranken nach 5 Jahren, 10—15% nach weiteren 5 Jahren, die Hälfte des Restes in weiteren 5 Jahren usw. von Erscheinungen frei bleiben. Eine Mortalität von wenigstens 7% kommt auf Tabes, Paralysis etc. Die Wassermannreaktion, deren statistische Ergebnisse K. wiederholt, soll die auf klinische Tatsachen begründete Anschauung stützen. Sie dient ihm auch in ihrem negativen Ausfall zur Bekämpfung ungerechtfertigter Syphilophobie.

Mook, W. H. St. Louis. Dermatitis exfoliativa mit Chinin behandelt. p. 458.

Mook berichtet über einen neuen Fall von Dermatitis exfoliativa, den er, ebenso wie schon früher vier Fälle derselben Erkrankung und zwei von Pityriasis rubra Hebrae erfolgreich mit Chinin behandelt hat. Als während einer durch Chinin bewirkten Besserung versuchsweise Schilddrüsenextrakt gegeben wurde, trat ein Rückfall ein, der aber durch nochmalige Chininmedikation wieder behoben wurde.

Rudolf Winternitz (Prag).

Annales de Dermatologie et de Syphiligr. 1910. Nr. 8 u. 9.

Dubreuilh und **Tribondeau.** Proliferierende Epidermoide. p. 417.

Fünf Fälle von Epidermoiden haben Dubreuilh und Tribondeau histologisch untersucht und bei vier derselben in der Serie deutliche Proliferationserscheinungen konstatieren können. Es kamen dadurch sekundäre Zysten zu stande, die meistens an einer bestimmten Stelle der primären Zystenwand lokalisiert waren und den Eindruck von gelappten Tumoren machten.

Bonnet und **Laurent.** Polyneuritis syphilitica. p. 433.

Bonnet und Laurent haben folgenden Fall beobachtet:

Ein 31jähriger Matrose bekam 1901 Malaria und 1904 Lues, die anfänglich nur sehr mangelhaft behandelt wurde. 1907 zeigte sich eine Perforation des harten Gaumens, eine Mastoiditis, eine transitorische Lähmung des rechten Armes und des Levator palpebrae sup. Im April 1909 traten ulzero-krustöse Läsionen an der Haut und neuritische Erscheinungen an den Extremitäten auf. Letztere offenbarten sich in Form von Muskelschwäche der Beine und der Arme, Unmöglichkeit des Marsches ohne feste Stütze, Abnahme der Reflexe, Anästhesie der Füße, Unterschenkel und der Hände, Hypästhesie der Oberschenkel und der Vorderarme. Auf Injektionen von Hg. bijodat. gingen die neurotischen und die Hauterscheinungen sehr rasch zurück, so daß die Autoren in ihrer Dia-



gnose einer Neuritis syphilitica bestärkt wurden und zur Ablehnung der Diagnose einer Alkoholneuritis kamen, obschon vom Patienten ein früherer Abusus in Alkohol zugegeben wird.

Zum Schlusse wird die bis jetzt bekannte Literatur über Neuritis syphilitica kritisch bearbeitet.

Du Bois. Ein Fall von Trichosporie. p. 447.

Bei einer Frau, die an Diabetes litt, beobachtete Du Bois an den Haaren in der Umgebung der Vulva folgende Veränderungen:

Die Haare zeigten Verdickungen wie bei der Trichorrhexis nodosa und pinselförmige Auffaserungen an den Enden. Die Verdickungen zeigten sich in zwei Formen: entweder war das Haar von einer mehr oder weniger regelmäßigen Scheide umgeben, die in der Mitte oder am Ende desselben saß oder die Knötchen saßen getrennt von einander an freien Enden des Haares. Im Bereiche der Knötchen brachen die Haare leicht und das Haar faserte primelförmig auf. Die Farbe des Überzuges war grünlich-braun, stellenweise schwarz, die Scheide haftete fest, sie war derb, trocken und rauh; die Vitalität des Haares ist ungeschwächt.

Mikroskopisch konnten Sporen und ein feines Mykelium im Bereiche der lädierten Partien nachgewiesen werden. Bei der Kultur zeigte sich die Eigentümlichkeit, daß auf zuckerhaltigen Nährböden in der Tiefe die Mykelform wuchs, während sich auf eiweißhaltigen Nährböden an der Oberfläche eine Sporenkultur entwickelte, von der erst später ein feines Mykelium ausging. Die Kultur an der Oberfläche war nicht rein, es wuchsen neben Sporen noch kleine Kokken, die nur schwierig von den Sporen isoliert werden konnten.

Die Inokulationsversuche am Tiere fielen negativ aus.

Du Bois hält die Symbiose des Trichosporon und des Mikrokokkus für nötig zur Erzeugung der scheidenförmigen Umhüllung. Verf. glaubt eine neue Spezies von Trichosporon gefunden zu haben und schlägt die Bezeichnung „Microsporon glycophile" vor.

Max Winkler (Luzern).

Annales des maladies vénériennes. 1910. Nr. 5—7.

Mariotti. Versuche zur Abortivbehandlung der Syphilis. (Vorläufige Mitteilung.) p. 321.

Mariotti versuchte durch folgende Kombination von passiver Hyperämie und lokaler Behandlung eine Coupierung der Syphilis herbeizuführen. Zunächst wurden die Primäraffekte 1 Stunde täglich (bei einem Fall zweimal täglich) mit der Saugglocke gesaugt, bzw. wurde die Hyperämie durch Abschnüren des Penis an der Wurzel herbeigeführt; danach wurde eine Kalomelsalbe (20—30%) appliziert. Die Haut des Penis und der Leistenbeugen wurde täglich mit Hg-Salbe (1·0—1·5 p. d.) eingerieben; doch mußte davon bald abgesehen werden, da sich Erytheme einstellten. Dafür wurden täglich Injektionen mit Hg cyanure (0·005 pro dosi) in

beide Inguinalleisten und alle 2—4 Tage unter die Ulzera und an verschiedene Stellen der Penishaut (0·0025 pro dosi) gemacht. Zur Verhütung von Ödemen u. dgl. wurden Sublimatumschläge angewandt. Im ganzen konnte diese mühsame Behandlung bei 6 Patienten systematisch durchgeführt werden, mit dem Erfolge, daß keine syphilitischen Erscheinungen auftraten. Die 4 Monate nach Abschluß der Behandlung vorgenommene Wassermannsche Untersuchung war fünfmal negativ, einmal positiv; doch hält Mariotti auch diesen Fall für „klinisch geheilt", da keine luetische Erscheinungen zum Ausbruch kamen. Die geringe Anzahl der Versuche und die Kürze der Beobachtungsdauer (längste 1 Jahr nach Auftreten der Sklerose) lassen wohl ein endgültiges Urteil über diese etwas komplizierte Methode noch nicht zu.

Gaucher. Über eitrige Daktylitis (spina ventosa) syphilitica. p. 327.

Die Dactylitis syphilitica suppurativa zeigt ganz die Charaktere einer chronischen Ostitis, ähnlich der Spina ventosa tuberculosa, mit der sie daher oft verwechselt wird. Klinisch kann man zwei Perioden unterscheiden: die erste besteht in einer Anschwellung der Phalangen; palpatorisch ist eine Vergrößerung des Knochenvolumens festzustellen. Im zweiten Stadium tritt Rötung der Haut und teigige Schwellung der Weichteile auf; die Osteoperiostitis ist in Eiterung übergegangen, die zu Fistelbildungen führt. Im Röntgenbild zeigt die Knochenoberfläche eine mehr oder weniger tiefe Ulzeration. Die eitrigen syphilitischen Daktylitiden sind sehr selten bei erworbener, häufiger bei hereditärer Lues zu finden; klinisch bieten sie dasselbe Bild. Gaucher berichtet über einen Fall bei einem Mann von 37 Jahren mit hereditärer und über 2 mit akquirierter Lues (17 beziehungsweise 4 Jahre nach der Infektion). Die einzelnen Stadien sind durch Photographien und Röntgenogramme veranschaulicht. Durch eine spezifische Behandlung ist fast stets Heilung zu erzielen; doch macht Gaucher besonders darauf aufmerksam, daß gerade bei dieser Knochenerkrankung oft eine sehr langdauernde und intensive Behandlung, am besten durch Injektionen mit löslichen Hg-Salzen, zur vollständigen Heilung erforderlich ist.

Bruelle. Der weiche Schanker der Mundhöhle und des Rachens. p. 336.

Extragenitale Ulcera mollia sind, abgesehen von solchen der Analgegend, sehr selten; innerhalb der Mundhöhle sind sie bisher nur ganz vereinzelt beschrieben worden. Bruelle konnte aus der Literatur nur 8 „sichere" Fälle von intrabukkalem weichen Schanker zusammenstellen, die eingehend besprochen werden. Einige andere Beobachtungen werden als „unsichere" angeführt; es handelt sich hier um verdächtige Ulzerationen, bei denen aber Ducreysche Bazillen nicht nachzuweisen waren und der Inokulationsversuch negativ war. Die Lokalisation der ersteren war: fünfmal Zunge, zweimal Tonsillen, zweimal Pharynxschleimhaut und einmal Gaumensegel; sie traten teils einfach, teils multipel auf; zusammen mit genitalem Schanker oder auch ohne diesen. Eine bestimmte Ursache



für das seltene Vorkommen vermag Bruelle nicht anzugeben. Die Ulcera mollia der Mundhöhle unterscheiden sich in nichts von den genitalen; sie sind meist benigne, nur einmal wurde Neigung zu Phagedänismus und einmal Bubo der Submaxillardrüse beobachtet. Die Diagnose ist sehr schwer, wenn keine genitalen Schanker vorhanden sind; differentialdiagnostisch kommen zunächst alle ulzerösen luetischen Prozesse, dann Herpes, Pemphigus usw. in Betracht. Die Diagnose muß daher stets durch Nachweis der Streptobazillen oder durch positive Inokulation sichergestellt werden. Die Therapie ist dieselbe wie bei den genitalen; gewöhnlich tritt in kurzer Zeit Heilung ein.

Jourdannet. Tertiäre Perichondritis des Thyreoid-Knorpels. p. 361.

Jourdannet teilt ausführlich die Krankengeschichte eines 27jähr. Studenten mit, der sich vor 7 Jahren mit Lues infiziert hatte. Trotz sorgsamer energischer Behandlung traten dauernd Erscheinungen auf, zuletzt hauptsächlich Knochenerkrankungen, die stets auf geeignete Therapie zurückgingen. Ende Juni 1909 bemerkte er eine Verdickung an der rechten Seite des Pomum Adami, die anfangs ohne Behandlung nachließ, um Ende Juli wieder größer zu werden. Anfang August 1909 stellte Jourdannet einen enteneigroßen Tumor an der rechten Seite der cartilag. thyreoid. fest, der nicht mit Sicherheit von den tiefen Teilen abzugrenzen war. Die Haut darüber war normal und frei gegen den Tumor verschieblich. Nach 20tägiger kombinierter Behandlung mit Hg, Jodkali und Schwefel war der Tumor verschwunden. Eine Erklärung für diese seltene Lokalisation vermag Jourdannet nicht anzugeben.

Renault. Behandlung der Syphilis der Sekundärperiode auf wissenschaftlicher Grundlage (1). p. 401.

Renault bespricht im ersten Teile zunächst allgemein die verschiedenen Behandlungsarten der Syphilis mit Quecksilber (Einreibungen, Pillen, Injektionen). Die Kur soll möglichst zeitig begonnen werden; in zweifelhaften Fällen müssen erst sekundäre Erscheinungen abgewartet werden. Über die weitere Behandlung spricht er sich zu Gunsten einer intermittierenden Therapie aus, obgleich bisher nur rein empirisch festgestellt sei, wie lange zwischen den einzelnen Kuren pausiert werden könne und wie lange diese selbst dauern sollen. Um hierüber Klarheit zu verschaffen, versucht er durch eingehende wissenschaftliche Untersuchungen und Beobachtungen die Veränderungen des Blutes, die durch das syphilitische Virus und das Quecksilber hervorgerufen werden, die Entwicklung der spezifischen Erscheinungen und die Veränderungen, die den angewandten Medikamenten zuzuschreiben sind, genau festzustellen. Zu diesem Zwecke hat er 32 geeignete Patienten mit Injektionen und Pillen behandelt (die Schmierkur scheidet Renault als nicht zu wissenschaftlichen Untersuchungen geeignet aus) und die Untersuchungen nach folgenden Gesichtspunkten geführt: Bestimmung 1. der Veränderung des Blutes zu Beginn der sekundären Periode vor jeder spezifischen Behandlung, 2. der Dauer der Regeneration des Blutes bei Anämie, 3. der Menge



metallischen Quecksilbers, die dazu nötig ist, 4. Entwicklung der spezifischen Erscheinungen, die mit den Veränderungen des Blutes zusammenfallen.

Gaucher et **Merle.** Akute syphilitische Toxi-Infektion p. 426.

Gaucher und Merle teilen folgenden schweren Fall von Syphilis mit letalem Ausgang mit. Der sehr kräftige 58jährige Kranke akquirierte im August 1908 seine Syphilis; Mitte November wurden ein papulöses Exanthem, Scleradenitis inguinalis und Tonsillenplaques festgestellt und die Behandlung mit Injektionen von Hg. benzoat. (0·02) begonnen. Anfang Januar 1909 stellten sich, nachdem der Kranke 50 Einspritzungen erhalten hatte, Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit u. dgl. ein; daneben bestand noch eine Onychia luetica beider Daumen. Er bekam 2·0 Jod pro die und vom 17. Februar bis 15. März weitere Injektionen Hg. benzoat. Am 20. März apoplektischer Anfall mit vollständiger rechtsseitiger Hemiplegie. In den nächsten 3 Tagen wurden noch 3 Injektionen mit Hydr. colloid. ohne Erfolg gegeben; am Morgen des 4. Tages Exitus. Die Untersuchung der Organe ergab nicht nur vaskuläre und interstitielle Veränderungen, sondern auch diffuse, spezifische Neubildungen (miliare Gummata). Während in zahlreichen Schnitten, besonders der Eingeweide, keine Spirochaeten nachzuweisen waren, konnten sie mit dem Ultramikroskop in der Ventrikel-, Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit in geringer Zahl festgestellt werden.

Hallopeau. Zur Abortivbehandlung der Syphilis. p. 440.

Nach einigen Bemerkungen über Mariottis Methode der Abortivbehandlung der Syphilis (cf. Heft 5 der Annal.) bespricht Hallopeau seine eigene, die er in 6 Fällen mit Erfolg angewandt hat. Sie unterscheidet sich dadurch von der Mariottis, daß statt der lokalen Hg-Injektionen, die zu starke Reizungen der Penishaut hervorgerufen hatten, Einspritzungen mit Atoxyl, Arsacetin, zuletzt mit Hektin gemacht wurden. Hallopeau gibt zum Schluß der Ansicht Ausdruck, daß es gelänge, die Syphilis in einem Monat radikal zu heilen, wenn man sie in den ersten 20 Tagen ihrer Entwicklung lokal behandeln könne.

Troisfontaines. Traumatisches Gumma bei einer Hereditärsyphilitischen. p. 443.

Ein 22jähriges, anscheinend gesundes Mädchen stieß sich heftig mit dem vorderen oberen Teil des linken Unterschenkels an einer Treppe; in den folgenden Tagen trat an dieser Stelle eine schmerzhafte Anschwellung auf, die mehrere Monate hindurch erfolglos mit feuchten Umschlägen behandelt wurde und schließlich perforierte. Die offene Stelle ulzerierte immer mehr, besonders nach der Tiefe und bot schließlich den Anblick eines typischen Gumma. Eine vorgenommene Serumreaktion nach Noguchi war positiv. Das Mädchen zeigte sonst, ebenso wie die Mutter und eine Schwester, keine syphilitischen Erscheinungen. Die spezifische Behandlung führte in kurzer Zeit zu vollständiger Heilung.



Nieppe. Multiple, nacheinander auftretende Sklerosen am Bauch. p. 446.

Nieppe konnte bei einem Soldaten ungefähr 8 Wochen nach der Infektion 4 Primäraffekte am Bauch und 2 an der Peniswurzel feststellen. Trotz einer sofortigen Behandlung mit Kalomelsalbe und Injektionen mit grauem Öl trat nach 3 Wochen eine Roseola auf.

Renault. Behandlung der Syphilis der Sekundärperiode auf wissenschaftlicher Grundlage (2), p. 481.

Renault bespricht im zweiten Teile seiner Arbeit die Wirksamkeit der angewandten Behandlungsmethoden und besonders ihre Wirkung auf die Phagozytose. Injektionen mit Kalomel und löslichen Salzen haben die schnellste Wirkung; wenn es nicht auf diese ankommt (bei geringen Erscheinungen und intermittierenden Kuren), sind graues Öl und besonders Behandlung per os wegen ihrer größeren Dauerwirkung zu empfehlen. Renault bevorzugt Protojodurepillen nach folgendem Rezept: Protojod. d'hydrarg. 0·05, Poudre d'opium 0·01, Poudre quinquin. 0·09, da diese stets gut vertragen wurden und es ermöglichten, größere Dosen Hg als auf andere Weise dem Körper einzuverleiben. Eine Kur soll fortgeführt werden, bis merkurielle Sättigung eintritt, die sich in Stomatitis, Rezidiven während der Kur und globulärer Anämie äußert; nach seinen Untersuchungen soll nach einem Monat die Behandlung unterbrochen werden, auch dann, wenn die Erscheinungen noch nicht geschwunden sind, da das im Organismus aufgespeicherte Quecksilber noch genügend Heilwirkung besitze. Auch die Behandlungspause soll einen Monat betragen, da in dieser Zeit das Blut seine normale Beschaffenheit wieder erhält. Über die Anzahl der Kuren in der Sekundärperiode und die Gesamtdauer der Behandlung spricht sich Renault nicht aus; bezüglich der letzteren verweist er auf die Angaben von Fournier, Gaucher und anderen.

Malherbe. Orchitis suppurativa. p. 526.

Es handelt sich um einen 38jährigen Mann, der sich mit 16 Jahren eine Gonorrhoe zuzog, die nie ganz ausheilte; er hatte, da er von zwei Urologen für gesund erklärt worden war, geheiratet und seine Frau infiziert. Die Behandlung bestand in Sondierungen mit 47, 49 und 50, die er selbst vornahm. Gegenwärtig klagt er über Brennen in der Perinealgegend und Morgensekret; in diesem sind mikroskopisch keine Gonokokken, aber zahlreiche andere Bakterien nachzuweisen. Die Urine sind klar, ohne Filamente; die Harnröhre ist normal; die Prostata groß, unregelmäßig geschwollen und druckempfindlich; es entleert sich wenig Drucksekret, über dessen Untersuchung nichts mitgeteilt ist. Es werden verordnet Argent. nitric.-Installationen, heiße Bäder und Suppositorien; außerdem soll der Kranke vorsichtig und möglichst aseptisch seine Sondierungen fortsetzen. Nach kurzer Zeit traten im Anschluß an eine Sondierung, die ohne Desinfektion der Sonden ausgeführt war, heftige Schmerzen in der rechten Leiste auf, denen am nächsten Morgen eine rechtsseitige Orchitis und Funikulitis folgten. Da sich trotz der ein-



schlägigen Behandlung der Zustand verschlimmerte, wurde nach zehn Tagen zur Operation geschritten; dabei entleerte sich reichlich foetider Eiter, in dem keine Gonokokken, wohl aber zahlreiche Bakterien, die denen im Morgensekret entsprachen, festzustellen waren. Die Ursache dieser Orchitis ist zweifellos in unvorsichtigem Sondieren und der mangelhaften Asepsis zu suchen; eine Warnung, den Kranken das Einführen von Sonden selbst zu überlassen. Hugo Hanf (Breslau).

Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1910. Jahrgang 28. Heft 18.

Heitz-Boyer, Luys, Marion. Ureterenkatheterismus und intravesikale Scheidung der Urine. pag. 1633.

Die drei Verfasser berichten gemeinsam über ihre Erfahrungen, die sie mit den beiden genannten Methoden gemacht haben. Heitz-Boyer sah zwei Nierenkranke, bei denen die Diagnose, welche der beiden Nieren die kranke, bzw. kränkere sei, auf Grund einer Untersuchung des Urins in der Blase gestellt wurde. Diese intravesikale Scheidung der Urine führte zu schweren Irrtümmern. Bei Fall I wurde der Irrturm rechtzeitig erkannt und wieder gut gemacht dadurch, daß der Ureterenkatheterismus noch hinterher ausgeführt wurde. In Fall II unterblieb dies; nach dem durch intravesikale Scheidung gewonnenen Resultate wurde der Patientin die fast gesunde Niere herausgenommen, die wirklich kranke nicht exstirpiert. Patientin ging bald darauf an Anurie zu grunde. Nach diesen Erfahrungen verwirft Heitz-Boyer die intravesikale Scheidung der Urine völlig und will nur von dem Ureterenkatheterismus etwas wissen.

Luys, der Verfasser des zweiten Teiles, geht nicht so weit; er hält die intravesikale Methode für einfacher und gefahrloser; außerdem stört sie die Nierenfunktion nicht, die Urinmengen sind genauer, sie läßt sich auch bei Kindern vornehmen. Er bringt hierfür Beweise durch experimentelle Prüfungen an der Leiche und am Lebenden.

Der dritte der Autoren, Marion, der Operateur des tödlichen Falles, kommt noch einmal auf diesen Fall zurück und schließt seine Ausführungen mit einem Lob auf den Ureterenkatheterismus, der in jeder Beziehung den Vorzug verdient, zumal er auch als therapeutisches Mittel große Wichtigkeit besitzt, z. B. in Fällen von Anurie, Pyelonephritis, Hydronephrose, Urinfisteln.

Jeanbrau. Ein neues Modell eines Harnröhrenspülers zur Massage des Kanales während der Spülung. pag. 1685.

Jeanbraus neues Instrument ist ein vierarmiger, gefensterter Katheter, in dessen Innern ein Mandrin mit 4 Löchern am Ende, die den 4 Fenstern entsprechen, sich bewegt. Die Spülung kann nun durch Herausziehen oder Hineinstoßen des Mandrins an jede beliebige Stelle der Harnröhre gebracht werden, während gleichzeitig über dem Katheter



die Harnröhre massiert wird. Jeanbrau hat gute Erfolge damit bei chronischer Gonorrhoe gehabt.

Sophronieff. Prostato-vesikaler Stein. pag. 1687.

Ein Bericht über einen Blasenstein, dessen vorderer breiterer Teil in der Pars prostatica, dessen hinterer Teil in der Blase lag. Der Stein wog 35 *g* und war 10 *cm* lang. Zwei Bilder des Steines in natürlicher Größe veranschaulichen diese Merkwürdigkeit.

Wilhelm Bartsch (Breslau).

Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle. Band LI. Heft 3 und 4.

Scaduto, G. Drei Fälle von papulösem Syphiloderm von psoriasisartigem Aussehen. p. 399.

Scaduto beschreibt drei Fälle von Syphilis, in denen die Hautmanifestationen für eine gewisse Zeit in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade eine große Ähnlichkeit mit der Psoriasis darboten.

Im ersten Falle hatte sich das psoriasisartige Aussehen infolge kontinuierlicher Applikation reizender Medikamente entwickelt.

Im zweiten Falle hing es von dem Umstande ab, daß sich die syphilitischen Papeln genau auf den Stellen der Psoriasiseffloreszenzen gebildet hatten.

Im dritten Falle hatten die syphilitischen Papeln jene seltene Involutionsform angenommen, die von Fournier „Syphiloderme psoriasiforme" genannt wird.

Die ausführlichen Krankengeschichten sind im Original enthalten.

Tuccio, G. Doppelseitige Labyrinthentzündung bei Syphilis aquisita. p. 408.

Tuccio beschreibt einen Fall doppelseitiger Labyrinthentzündung im Sekundärstadium erworbener Lues bei einem 23jährigen, nicht erblich belasteten Manne. Die Erkrankung begann mit heftigen Schwindelanfällen und hatte einen rapiden progressiven Verlauf. Sie führte zu vollständigem Verlust der Gehörfunktion bei Integrität des Transmissionsapparates. Die Schnecke, die halbkreisförmigen Kanäle, das Vestibulum und die darin enthaltenen Organe waren wahrscheinlich affiziert; man könnte also von einer Labyrinthitis totalis sprechen. Einige Monate vor Beginn der Erkrankung hatte der Patient infolge einer Influenza an eitrigem Ausfluß aus den Ohren ohne Gehörstörungen gelitten. Diese Erscheinungen waren jedoch nach und nach spontan verschwunden. Tuccio meint, daß damals auch Mittelohr und inneres Ohr in Mitleidenschaft gezogen wurden, jedoch in so geringem Grade, daß der Patient nicht davon belästigt wurde. Später habe das syphilitische Virus in dem durch die vorausgegangene Influenza leicht geschädigten Ohr einen günstigen Boden zur Produktion der destruktiven, die Taubheit bedingenden Läsionen gefunden.

Die mit Injektionen von Kalomel und hohen Dosen von Jodkalium durchgeführte Behandlung hatte keinerlei Erfolg. Die Taubheit blieb nach wie vor bestehen. Die Schwere der Erkrankung hängt nach Tuccio



hauptsächlich von der Zartheit der befallenen Organe ab. Wahrscheinlich heilen die spezifischen, durch die Lues hervorgerufenen Läsionen des Labyrinths unter der Behandlung, aber die von ihnen schon einmal erzeugten Alterationen können das delikate Organ schon so sehr geschädigt haben, daß es nicht mehr in den ursprünglichen Zustand zurückkehren kann. Eine kleine morphologische Alteration, die bei einem anderen, gröber gebauten Organ keine Konsequenzen in bezug auf die Funktion hat, kann bei einem so fein gebauten Organ, wie das Ohr es ist, nicht wieder gut zu machende funktionelle Störungen verursachen. Man wird diese schwere Affektion wahrscheinlich besser vermeiden können, wenn man sofort jede Läsion des Gehörorgans, die ein syphilitisches Individuum betrifft, gründlich behandelt.

Pappagallo, S. Ein Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid (Folliklis) des Gesichts. p. 415.

Beschreibung eines Falles von Tuberkulid des Gesichts bei einem 37jährigen Manne. Während des Aufenthaltes der Kranken in der Klinik traten zwei neue Schübe von Effloreszenzen auf. Cutireaktion, intramuskuläre Injektion von Tuberkulin, Wassermannsche Reaktion, Inokulation des pathologischen Materials bei Meerschweinchen hatten negatives Resultat.

Lues, Jod- oder Bromeruption, Akne, Adenoma sebaceum, Lupus Vidal waren auszuschließen. Die Affektion war nur als Tuberkulid zu diagnostizieren, trotzdem kein manifester tuberkulöser Prozeß irgend eines Organes nachzuweisen war.

Histologisch war die Erkrankung durch kleinzellige Infiltration und Gefäßalterationen charakterisiert.

Bottelli, C. Klinische und histologische Bemerkungen in bezug auf einen Fall von Keratosis follicularis (spinulosa). p. 432.

Bottelli beschreibt einen Fall von Keratosis follicularis (spinulosa) bei einem 17jähr. sonst gesunden Menschen. Die Affektion bemerkte Pat. zum ersten Male vor drei Jahren an der Vorderseite der Schenkel. Es traten damals papulöse Erhebungen auf von der Größe eines Nadelkopfes, von lebhaft roter Farbe, die fast alle im Zentrum ein Haar trugen. Gleichzeitig bestand etwas Jucken, das während der Bettruhe stärker wurde. Diese Erscheinungen entwickelten sich schnell und verschwanden wieder nach einiger Zeit. In den folgenden Wintern kamen die Papeln von neuem; an ihrer Spitze, um das Haar herum, zeigte sich eine weißliche, trockene Erhebung, die an Volumen zunahm und die Form eines Hörnchens oder Dornes annahm. Der Pruritus, der im Beginn der neuen Eruption bestand, ging bald vorbei. Im Sommer verschwand die Affektion, um im Winter sich wieder einzustellen. Als A. den Patienten zu Gesicht bekam, waren die Elemente der Dermatose auf Hals, obere und untere Extremitäten und ein wenig auf den Stamm verteilt.

Die Haut des ganzen Körpers, abgesehen von der des Gesichts, zeigte eine leichte diffuse Hyperkeratose unter Form von Trockenheit



und reichlicher Produktion kleinster Schüppchen. Die Hyperkeratose war sehr ausgesprochen an einigen Follikelmündungen, wo sich fadenförmige Hornbildungen fanden.

Bei einem Hautstückchen, das zur histologischen Untersuchung diente, konstatierte A. folgende Alterationen:

1. Unregelmäßiges, papillomatöses Aussehen der Epidermisoberfläche und diffuse Hyperkeratose.

2. Dilatation des oberen Drittels sehr vieler Haarfollikel und darin die Bildung von Klumpen oder Trichtern von Hornsubstanz; diese Hornproduktionen ragen nach außen von der Epidermisoberfläche in Form etwas unregelmäßiger Hemisphären oder Dornen hervor und schließen oft ein atrophisches rudimentäres Haar ein.

3. Atrophie der beiden unteren Drittel der befallenen Haarfollikel.

4. Hyperkeratose einiger Schweißdrüsenmündungen.

5. Atrophie oder Schwund der Talgdrüsen.

6. Im Derma perivasale Infiltration, besonders an den Stellen, die an der Epidermis von Hyperkeratose betroffen sind.

Die bakteriologische Untersuchung der Hornbildungen ergab nur die Anwesenheit der gewöhnlichen Eiterkokken.

Bemerkenswert waren bei dem Patienten die Leichtigkeit der Rezidive und ihr Auftreten nur während des Winters. Beim Kommen der heißen Jahreszeit fielen die Hornbildungen spontan ab und die papulösen Erhebungen wurden flach.

Ein konstantes Faktum waren Pigmentstellen, die dort zurückblieben, wo die Keratose verschwand. Klinisch nachweisbare Entzündungsphänome waren nicht vorausgegangen.

Auf den Pigmentstellen wuchsen Haare von normalem Aussehen.

Der histologische Befund entspricht in den Grundlinien dem schon von anderen Autoren beschriebenen. Als Besonderheiten zeigt der Fall Bottellis eine stärkere Infiltration um die Gefäße des Dermas. Außerdem waren immer die Mm. arectores der Haare vorhanden und normal (im Gegensatz zu den Befunden Piccardis).

Nach Piccardi sind die Schweisdrüsen in ihrem ganzen Verlaufe normal. A. fand dagegen im Schweißdrüsenausführungsgang oft eine trichterförmige Dilatation der Mündung und darin eine bemerkenswerte Vermehrung von Hornsubstanz.

Schließlich bespricht Bottelli noch eingehend die Differentialdiagnose der Erkrankungen, die zu einer Verwechslung mit der in Rede stehenden führen könnten, wie Lichen acuminatus, Lichen scrophulosorum und Keratosis pilaris communis.

Bizzozero, E. Über das juvenile Xanthom. p. 445.

Bei einem 10 Monate alten Kind von schwacher Konstitution, aber ohne Erkrankungen der inneren Organe, beobachtete Bizzozero an der rechten Parietalgegend ein erbsengroßes, leicht erhabenes Knötchen von gelber Farbe, das schon bei der Geburt bestanden hat. Ähnliche gelbe Knötchen bildeten sich, als das Kind drei Monate alt war, zuerst um die



Mundöffnung und am Kinn, dann am ganzen Körper. Auf der behaarten Kopfhaut waren sie zahlreich, lebhaft gelb, rundlich, von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Erbse, einige davon im Niveau der Haut liegend, andere prominent. Analoge Effloreszenzen, etwas mehr erhaben, fanden sich an der Temporalgegend und am Kinn, ferner in geringer Zahl und von gelbrosa Farbe am Nacken, an der Vorderseite des Stammes und an den Schultern, auf dem Rücken waren sie wieder zahlreich, rötlich bis violett, nur bei der Diaskopie gelb aussehend. An den Oberarmen waren die Gebilde klein und selten; Vorderarme, Ellbogen, Hände waren frei davon. Wenige fanden sich noch auf Bauch und Beinen von dunkelroter Farbe, keine an Knien und Füßen.

Zur histologischen Untersuchung entnahm A. eine gelbe Effloreszenz von der Schulter und eine rot-violette vom Schenkel.

Beide waren zusammengesetzt:

1. aus einem zarten, retikulären Bindegewebe mit zuweilen spärlichen, zuweilen reichlichen Balken von dichtem, zum Teil hyalinen Bindegewebe,

2. aus zahlreichen Xanthomzellen, die in den tieferen Schichten zum Teil zerstört sind und die in ihnen enthalten gewesene Xanthomsubstanz frei lassen,

3. aus Riesenzellen mit zahlreichen, an der Peripherie angeordneten Kernen, die denen von Touton und anderen Autoren beschriebenen entsprechen,

4. aus mehr oder weniger großen Klumpen von Xanthomsubstanz, die entweder zwischen den Bindegewebsbündeln verstreut sind, wo ihre Zahl erheblich ist, oder die vorzugsweise längs der Bindegewebsscheiden der Haarfollikel, längs der Ausführungsgänge der Schweißdrüsen und besonders längs der Blutgefäße, namentlich in der papillären und subpapillären Schicht angeordnet sind.

Die Differenzen zwischen beiden Effloreszenzen bestanden

1. in einer weniger scharfen Begrenzung gegen die Nachbargewebe bei der Effloreszenz von der Schulter im Vergleich zu der vom Schenkel; in der Tat setzt sich bei der ersteren das Xanthomgewebe in das gesunde Gewebe hinein fort und die Xanthommassen finden sich hier in den Lymphräumen, während bei der zweiten Effloreszenz die Gewebe deutlich abgegrenzt sind,

2. in dem viel größeren Reichtum der Schenkeleffloreszenz an Blutgefäßen; darauf ist ihre rot-violette Färbung zurückzuführen,

3. in der „retikulierenden Degeneration Unnas“ des Stratum lucidum und einer subepidermoidalen Blase bei der Schultereffloreszenz,

4. in der Zerstörung der Zellelemente und der Bildung großer freier Xanthommassen, die bedeutender in der Effloreszenz der Schulter als in der des Schenkels sind.



Eine dritte Effloreszenz, die A. einige Monate später untersuchte, unterschied sich von den beiden anderen durch das absolute Fehlen von freien Xanthommassen, sei es in den die Blutgefäße des Papillarkörpers umgebenden Lymphräumen, sei es in den Räumen der tiefen Dermaschichten.

A. bespricht noch die verschiedenen Xanthomtheorien, die nach seiner Ansicht alle keine ausreichende Erklärung für die Entstehung der Affektion geben.

Coppolino, C. Über einen Fall von ulzerierter Hauttuberkulose nach einem Trauma des Calcaneus mit tuberkulöser Adenitis inguinalis. p. 457.

Bei einem 21 jähr. Stallknecht, der barfuß zu gehen gewohnt war, beobachtete Coppolino an der rechten Fußsohle dem Calcaneus entsprechend eine fünfmarkstückgrose, an der Peripherie granulierende, im Zentrum nekrotische Stelle. Sie hatte ein höckeriges Aussehen durch Granulationen, von Pfefferkorn- bis Bohnengröße, von fungösem Aussehen, grauer Farbe, fibröser Konsistenz, die mäßig bluteten, spontan und auf Druck sehr schmerzten und von einander durch mehr oder weniger tiefe Furchen getrennt waren. Die ganze erkrankte Hautzone war von dem gesunden Gewebe durch einen unregelmäßigen, sinuösen Rand scharf abgegrenzt. Die Affektion war nach einer kleinen Hautverletzung übrig geblieben, die vor einigen Wochen zuerst zu einer Entzündung mit Eiterbildung geführt hatte. Während dieser Zeit war auch eine Anschwellung in der rechten Leistengegend aufgetreten, die bei der Aufnahme des Pat. in die Klinik die Größe einer halben Zitrone hatte, unregelmäßige höckerige Oberfläche zeigte, an einigen Stellen hart, an anderen weich und fluktuierend war, nicht verschiebbar, bedeckt von geröteter, aber sonst intakter Haut, leicht schmerzhaft bei Druck. Auch in der Fossa iliaca befand sich eine oberflächliche, mandelgroße, harte, wenig schmerzhafte, verschiebbare Drüse. Sonst war bei dem Kranken nichts abnormes nachzuweisen.

In der weißlichen, dicken, käsig aussehenden Flüssigkeit, die durch Punktion aus den Inguinaldrüsen gewonnen wurde, fanden sich Tuberkelbazillen. Die Ophthalmoreaktion nach Calmette war positiv, ebenso die Pirquetsche Reaktion, während die Wassermannsche Reaktion negativ war.

Die histologische Untersuchung ergab sowohl in dem ulzerierten Zentrum des Herdes als auch an der Peripherie ein diffuses Infiltrat von tuberkulösem Gewebe.

In dem eitrigen Produkt der Ulzeration waren — ebenso wie in den Gewebsschnitten — keine Tuberkelbazillen nachzuweisen. Inokulation von Stückchen des Geschwürs ins Peritoneum einiger Meerschweinchen erzeugte bei diesen Turberkulose.

Vierzig Tage nach der Inokulation zeigte eines der Tiere bei der Sektion makroskopisch miliare disseminierte Tuberkulose der Milz und



der Prävertebraldrüsen. Die anderen Tiere starben drei Monate nach der Impfung und zeigten dieselben Läsionen, aber in viel ausgedehnterem Maße.

Bei der bakterioskopischen Untersuchung frischer Tuberkel (Zerquetschung zwischen zwei Deckgläschen) fanden sich zahlreiche Tuberkelbazillen.

Auch mit dem Eiter aus den Inguinaldrüsen vorgenommene Inokulationen ins Peritoneum und vordere Augenkammer von Kaninchen brachten typische Tuberkulose hervor.

Wenn auch der Eiter der Hautulzeration und die Gewebsschnitte Tuberkelbazillen vermissen ließen, so hat die Inokulation bei Kaninchen jeden Zweifel an der tuberkulösen Natur der Erkrankung beseitigt.

Daß die Tuberkelbazillen bei dem Patienten, der mit unbekleideten Füßen zu gehen gewohnt war (selbst nach stattgehabter Verletzung), leicht eindringen konnten, ist ohne weiteres verständlich.

Bellini, A. Die Ischämisierung in der Finsentherapie. pag. 464.

Technische Details, die im Original nachzusehen sind.

Sensini, P. Einige Beobachtungen über die Technik der phototherapeutischen Applikationen mit dem Apparat von Finsen-Reyn. p. 471.

Nicht zum Referat geeignet.

Bertarelli, A., **Pasini**, A., **Bottelli**, C. Einige mit dem neuen Präparat von Ehrlich-Hata 606 (Dioxydiamidoarsenobenzol) behandelte Fälle von Syphilis. p. 501.

Von den 14 Individuen, die Aut. mit 606 behandelten, hatten 13 eine rezente Syphilis mit kontagiösen Manifestationen. Neun zeigten Syphilom und in verschiedener Weise Symptome der Generalisierung der Lues: multiple Drüsenschwellung, Roseola, papulöse Exantheme, Plaques muqueuses, Kopf-, Muskel-, Knochenschmerzen. Vier andere hatten Roseola, Polyadenopathie, Fieber, Gefühl von Unwohlsein. Der vierzehnte hatte eine alte Lues, nämlich ein ausgedehntes figuriertes papulo-tuberöses Syphiloderm an Vorderarm und Schenkeln.

Keiner von den Kranken hatte jemals eine spezifische Kur durchgemacht. Bei allen war die Wassermannsche Reaktion positiv, bei den 13 ersten Fällen auch der Spirochaetenbefund. Injiziert wurden 0·3 *g* 606 nach Ehrlichs Vorschriften. Abgesehen von lebhaften, eine Woche dauernden Schmerzen nach den Injektionen, Temperaturerhöhung bis 39·5 (das Maximum war zwischen erstem und zweitem Tage; das Fieber verschwand nach 6—8 Tagen), wurden keine Störungen beobachtet. Die syphilitischen Manifestationen verschwanden mit großer Schnelligkeit, Syphilome in 8—10 Tagen (ein ulzeriertes Riesensyphilom in etwa 20 Tagen), Roseola in weniger als 24 Stunden, papulöse Exantheme in einer Woche; hypertrophische feuchte Papeln am Vulva und Anus bedeckten sich nach zwei Tagen mit Epithel und gingen vollständig innerhalb 5—6 Tagen



zurück. Das tertiäre Syphiloderm kam in 8—10 Tagen zur vollständigen Resorption, indem kleine pigmentierte Zonen von Hautatrophie zurückblieben. Bei einer jungen Frau mit Syphilom, diffuser Roseola, papulösem Exanthem, mit Kopfschmerzen und heftigen neuralgischen Erscheinungen verschwanden die quälenden Empfindungen in 3 Tagen, und in 10 Tagen waren subjektiver und objektiver Zustand günstig. Eine Jodquecksilberkur hätte sicher nicht in so kurzer Zeit das Wohlbefinden herbeiführen können. Die Spirochaete pallida verschwand aus den pathologischen Produkten gewöhnlich innerhalb 24—48 Stunden. Bemerkenswert ist, daß die Spirillen der Mundhöhle und in einem Falle von Balanitis erosiva circinata die Sp. refringens unverändert persistierten, Tatsachen, die für eine elektive Wirkung des 606 auf Sp. pallida sprechen. Die Wassermannsche Reaktion blieb etwa bis zum 40. Tage positiv. Es wurden nie schnelle Änderungen in der W.-R. konstatiert wie von anderen Autoren, sondern nur unbeständige, sehr langsame und spät auftretende. Von den 14 Kranken hat einer nach 6 Wochen ein Rezidiv gezeigt. Bei den anderen ist es noch verfrüht von einer Dauerheilung zu sprechen, kann doch eine so eminent chronische Erkrankung wie die Lues auch spontan lange Latenzperioden haben.

Jedenfalls ist in 606 ein Mittel gegeben, das in kurzer Zeit die Spiroch. pall. im lebenden Organismus zerstören und die spezifischen Manifestationen zum Verschwinden bringen kann. Aber wir haben noch nicht die Gewißheit, daß die Spirochaete in jeder Lokalisation getötet, daß also die syph. Infektion sicher und definitiv beseitigt wird. Erst eine Beobachtungszeit, die sich auf viele Jahre hinaus erstreckt, wird uns über die Dauerwirkung von 606 aufklären können.

Bei einem Fall von Lepra nodularis (mit zahlreichen Bazillen, positiver W.-R.) führte eine Injektion mit 606 zu keinerlei Modifikationen.

De Favento. Ein Fall von hereditärer Syphilis.

A. beschreibt einen Fall von hereditärer Spätsyphilis mit typischer Keratitis, Gumma im Halse und Nephritis. Nach drei Kalomelinjektionen kam die gummöse Ulzeration zur Heilung, die Keratitis war gebessert, ebenfalls die Nephritis (Albumen von $2^0/_{00}$ auf $^1/_2{}^0/_{00}$ gesunken).

Martino, G. E. Über die Alopecia areata durch Trauma. pag. 583.

Martino beschreibt vier Fälle von Alopecia areata, bei denen man nach seiner Auffassung die ätiologische Wirkung eines Traumas nicht in Zweifel ziehen kann. Wahrscheinlich hatte das Trauma einen unmittelbaren Einfluß auf den Nerven. Diese Art von Alopekien würden sich nicht wesentlich unterscheiden von denen, die artefiziell durch Resektion der Zervikalnerven oder durch eine direkte Läsion dieser infolge chirurgischer Eingriffe oder durch andere Alterationen der Nerven hervorgerufen wurden.

Die Ausdehnung der Alopecia areata über die Grenzen des Traumas hinaus in relativ kurzer Zeit und alle Alterationen — gewöhnlich Herab-



setzungen — der thermischen, Gefühls-, Schmerz-, elektrischen Sensibilität, würden beweisen, daß nach Beginn der Läsion die Nervenendigungen bei der sukzessiven Entwicklung der Affektion geschädigt sein müssen.

Coppolino, C. Beitrag zur Pathologie der Nägel. p. 596.

Nicht zu kurzem Referat geeignet.

Gavini, G. Eczema vegetans. p. 607.

Gavini hat die Bildung papillomatöser Bildungen auf ekzematösem Boden in der Genitokruralregion beobachtet. Es handelte sich hier um eine zu hypertrophischen Prozessen disponierte Gegend; mechanische Wirkung (Reibung) und besonders chemische (ekzematöser Prozeß mit seinem pathologischen Sekret, Schweiß, vielleicht auch Urin) bedingten eine leichte kontinuierliche Irritation, die zu einer Hyperplasie des retikulären Gewebes und des Papillarkörpers führten.

Mazzini, F. Dermitis durch Akapniapulver. p. 611.

Bei einem Arbeiter, der mit dem aus Pikrinsäuren, Nitraten und organischen, nicht löslichen, inaktiven Explosivsubstanzen bestehenden sogenannten „Akapnia" (Jagdpulver) in Berührung kam, trat an Händen, Gesicht und Genitalien eine heftige Entzündung auf. Es lag offenbar bei dem Individuum eine besondere Disposition zur Dermatitis vor, da bei den vielen Arbeitern, die das Pulver schon seit langer Zeit handhabten, nie etwas ähnliches beobachtet worden war. J. Ullmann (Rom).



Hautkrankheiten.

Therapie.

Stocker, S. Über die Kontraindikationen der Fibrolysinanwendung. Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte. 1909. p. 842.

Stocker warnt vor Fibrolysininjektionen bei Patienten, die früher eine schwere Infektion durchgemacht haben. Durch die erweichende Wirkung des Fibrolysins auf Narben, können alte abgekapselte Mikrobenherde wieder frei werden und den Organismus neuerdings schädigen. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung dient Stocker folgende Beobachtung:

Eine 37jährige Dame leidet an schmerzhafte Adhäsionen im Abdomen. Vor 25 Jahren hatte Pat. eine Periostitis am Vorderarm. Vor 30 Jahren zum letztenmale mit Erfolg geimpft. Auf 2·3 cm^3 Fibrolysin traten Temperatursteigerung bis 38·2°, Kopfschmerzen und Mattigkeit auf. Auf eine zweite Injektion noch höhere Temperatur, Schmerzhaftigkeit und Schwellung des linken Vorderarmes; Impfnarben am linken Oberarm sukkulent und schmerzhaft. Auf antiphlogistische Behandlung baldige Besserung. Max Winkler (Luzern).

Starkenstein, Emil. Über eine chemisch nachweisbare Ursache der klinisch beobachteten Thiosinaminwirkung. Therapeutische Monatshefte. 1910. XXIV. Bd. p. 68.

Die Untersuchungen des Verf. ergeben, daß das Thiosinamin (bzw. Fibrolysin) eine deutliche, die Umwandlung von Kollagen in Leim fördernde Wirkung zeigt. Als Träger dieser Wirkung im Molekül des Allylthioharnstoffes kann die Allylgruppe angesehen werden. Die Wirkung wird durch Gegenwart von Serum bedeutend unterstützt. Die Resultate, auf den Organismus übertragen, können eine Erklärung bieten für die klinisch beobachtete Wirkung der Thiosinamin- bzw. Fibrolysininjektionen, Narbengewebe zu erweichen und dehnbar zu machen.

V. Lion (Mannheim).

Finck. Kalium hypermanganicum crystallisat. als gewebezerstörendes Mittel. Münch. mediz. Wochenschr. 1910. Nr. 4.



Finck empfiehlt die Anwendung von Kalium permang. in Substanz bei Geschwüren, verschiedenen Hauterkrankungen und tuberkulösen Knochen- und Gelenkfisteln. Die Applikation erfolgt in der Weise, daß mehrere Lagen Heftpflasterstreifen, die in der Mitte je nach Größe der zu behandelnden Affektion mit einem runden oder ovalen Loch versehen sind, über die erkrankte Stelle geklebt werden. In den durch die Löcher entstehenden Schacht werden nun die Kaliumkristalle geschüttet und das Ganze wird mit einem Heftpflasterstück als Deckel geschlossen. Nach 48 Stunden ist dann gewöhnlich schon das Geschwür etc. gründlich zerstört. Verf. betont besonders den schnellen Heilungsprozeß der Wunde und die glatte Narbenbildung. Oskar Müller (Recklinghausen).

Becker. Kalium hypermanganicum cryst. als gewebezerstörendes Mittel in besonderer Hinsicht auf die Anwendung beim Lupus. Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 8.

Zu der in Nr. 4 dieser Wochenschrift von Finck empfohlenen Behandlungsmethode mit Kal. permang. crystall. bei eitrigen Wunden bemerkt Becker, daß er ebenfalls beim Lupus das feinpulverisierte Kal. permang. in mehreren schweren Fällen versucht und z. T. recht schöne Resultate bekommen hat. Er macht jedoch auf die großen Schattenseiten der Kal. permang.-Behandlung, die besonders in der intensiven und anhaltenden Schmerzhaftigkeit bestehen, aufmerksam und glaubt daher nicht, daß sich dies Verfahren viel Freunde erwerben wird.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Keppler. Zur Behandlung der malignen Gesichtsfurunkel. Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 7 u. 8.

An der Hand einer Anzahl Krankengeschichten von Patienten mit malignen Gesichtsfurunkeln empfiehlt Keppler die Anwendung der Stauungshyperämie, die ihm, wie die Krankengeschichten zeigen, vortreffliche Dienste geleistet hat. In keinem einzigen der zahlreichen auf diese Weise behandelten Fälle konnte ein Fortschreiten des Prozesses beobachtet werden. Oskar Müller (Recklinghausen).

Bruch. Zur Therapie des Furunkels im äußeren Gehörgang. Münch. med. Wochenschr. 1910. p. 10.

Bruch tritt warm für die Ichthyolbehandlung bei Furunkeln des äußeren Gehörgangs ein. Er wendet dasselbe in der Mischung: Ichthyol, Glyzerin aa. 10·0 an, führt einen mit dieser Flüssigkeit getränkten Tampon in den äußeren Gehörgang ein, der ein- bis zweimal täglich erneuert wird. Nach seinen Erfahrungen macht sich schon bald nach Einführung des Tampons die schmerzstillende Wirkung des Ichthyols geltend und am nächsten Tage kommt es oft schon zu eitriger Einschmelzung des Furunkels und Durchbruch des Eiters, wobei durch die desinfizierende Wirkung des Ichthyols eine Weiterinfektion verhindert wird.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Leduc, Stephan. Nantes. Abortivbehandlung von Furunkel und Anthrax durch Zinkionen. Archives d'Electricité Médicale. Nr. 279.



In fünf Fällen von großem Anthrax punktierte Leduc zunächst im Zentrum der Geschwulst, führte sodann eine Zinknadel ein, welche an den positiven Pol geschlossen war. Während einer halben Stunde ließ er sodann einen Strom von 80 Milliampere einwirken. Prompte Heilung innerhalb zwei Tagen.

Bei Furunkeln appliziert L. einfach Kompressen aus hydrophiler Gaze, welche mit einer warmen Lösung von $^1/_2$% Zinksulfatlösung getränkt und mit dem Positivpol verbunden sind. Der Strom kann eine Stärke von 20 Milliampere erreichen. Die Applikation dauert $^1/_2$ Stunde.

Alfred Jungmann (Wien).

Richardson, Mark. Allgemeine Prinzipien der Vakzinetherapie. The Journal of the Americ. Med. Association 1910. Jan. 22. p. 255.

In dem ersten Teile seines auf der Sektion für Pharmakologie der Americ. Med. Ass. gehaltenen Vortrags äußert sich Richardson über den Unterschied zwischen aktiver und passiver Immunisierung. Unter bakterieller Vakzine versteht man eine durch Hitze oder in anderer Weise sterilisierte Kultur des speziellen Mikroorganismus, die in normaler Kochsalzlösung suspendiert ist. Wo es möglich, ist es geraten autogene Vakzinen zu gebrauchen. Wo mit „stock"-Vakzinen kein Resultat erhalten wird, soll man auf die autogenen Varietäten rekurrieren. Unter den speziellen Fällen, auf die der Autor zu sprechen kommt, sei auf die Vakzinebehandlung bei Krankheiten der Harnwege vermittelst des Bacillus coli communis hingewiesen. Fritz Juliusberg (Posen).

Western, G. T. Die Vakzinebehandlung der Acne vulgaris. The Brit. Journ. of Derm. Jan. 1910.

Der Aknebazillus verursacht nicht nur Komedonenbildung, sondern auch für sich allein Eiterung; wenigstens findet man in den bekannten großen Abszessen der Akne bakterioskopisch und kulturell oft zahlreiche Aknebazillen ohne jeglichen Staphylokokkus. Für die Behandlung der Akne ist es wichtig, jedesmal durch Untersuchung von Aufstrichen und durch Züchtung festzustellen, ob der Aknebazillus oder hauptsächlich der Staphylokokkus oder beide zusammen die Krankheitsursache bilden, was sich dem klinischen Bilde doch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit entnehmen läßt. In den vom Verf. geschilderten Fällen sind die Aknebazillenvakzine und die Staphylokokkenvakzine, wo die Wirkung beider erforderlich schien, nicht gleichzeitig, sondern nacheinander angewendet worden. Sehr gute Erfolge. Wenigstens die Aknebazillusvakzine soll womöglich mittelst des von dem Falle selbst gezüchteten Stamme hergestellt sein. Paul Sobotka (Prag).

Sellei, J. Die Vakzinationstherapie der Sykosis. Gyógyászat. 12.

Die besten Resultate bekam S. bei Furunkulosis, weniger gute bei Sykosis. Sehr gering war der Erfolg bei Akne vulgaris. Die Vakzine wurde aus der eiternden Stelle des Patienten zubereitet.

Alfred Roth (Budapest).



Sellei, J. Budapest. Die aktive Immunisierung bei Akne, Furunkulose und Sykosis. Wiener klin. Wochensch. 1909. Nr. 43.

Sellei hat über dieses Thema in der Dermatologischen Sektion des Internationalen Kongresses 1909 einen Vortrag gehalten; das Referat hierüber ist im Archiv in den Kongreßberichten, Arch. XCIX. Bd. enthalten. Viktor Bandler (Prag).

Mc. Donald, C. L. Bemerkungen über Vakzinetherapie auf Grund von hundert Fällen. The Journ. of Amer. Med. Assoc. 1910. März 19. p. 966.

Mc. Donald äußert sich über seine Erfahrungen mit der Vakzinetherapie. Die Bestimmung des opsonischen Index stellt die beste Kontrolle für die Größe der anzuwendenden Dosis dar, ist aber zeitraubend und nur für solche Fälle vonnöten, wo die klinischen Regeln nicht genügen. Im allgemeinen soll, je akuter die Infektion, um so kleiner die Dosis sein; chronische Fälle erfordern unter Umständen ganz außerordentlich hohe Dosen. Der Autor unterscheidet 4 Gruppen von Fällen: *a*) Subakute Infektionen (Typus Pyämie). *b*) Chronische Infektionen, wie Acne pustulosa und Otitis media. *c*) Akute lokalisierte Infektionen, wie Erysipel oder akute Zystitis. *d*) Allgemeine akute Infektion, wie Septikämie. Von diesen vier Klassen sind die *a*) und *b*) besonders geeignet für die Vakzinetherapie. An der Hand einzelner Fälle äußert sich dann der Autor genauer über sein Vorgehen. Fritz Juliusberg (Posen).

Begg, Clarke. Beobachtungen über Vakzinebehandlung in einer Reihe von Fällen von Staphylokokkeninfektionen. The British Med. Journal. 1910. Jan. 22. p. 186.

Begg berichtet über seine Erfahrungen mit Vakzinebehandlung bei einer Reihe von Fällen, wo es sich um Staphylokokkeninfektionen handelte. Teils handelte es sich in diesen Fällen um Furunkel, teils um Fälle von Akne. Er kommt zu dem Resultate, daß die Vakzinebehandlung bei den meisten Staphylokokkeninfektionen von größtem Nutzen ist und auch die chronischen Fälle auf diese Weise geheilt werden können. Bei vielen Fällen ist eine Bestimmung des opsonischen Index überflüssig. Die besten Resultate erhält man durch die Anwendung autogener Vakzinen. Fritz Juliusberg (Posen).

Mac Watters, Courtenay. Ulzeration des Gesichtes und Rachens, behandelt mit bakteriellen Vakzinen. The British Med. Joural. 1910. Jan. 22. p. 190.

Mac Watters berichtet von einem Patienten, der sich den heißen Dämpfen von roher Karbolsäure ausgesetzt hatte. Es entstanden geschwürige Prozesse des Gesichtes und des Rachens, die allen möglichen Arten der Behandlung trotzten. Das Aussehen erinnerte sehr an syphilitische Symptome, doch fiel die Serumreaktion negativ aus. In den Geschwüren fanden sich Staphylokokken, Streptokokken und Pseudodiphtheriebazillen. Unter Anwendung autogener Vakzinen heilen die Geschwüre ab. Der Autor nimmt an, daß die Karbolsäure nur den Boden für die spätere Infektion vorbereitete, nicht das eigentliche pathogene Agens war. Fritz Juliusberg (Posen).



Schmidt, H. E. Zwei Fälle von Naevus vasculosus durch Röntgenbestrahlung geheilt. Deutsche medizin. Wochenschrift. Nr. 52. 1909.

In zwei Fällen von Naevus vasculosus bei einem jungen Manne und bei einem Kinde erzielte Schmidt völlige Heilung durch Röntgenbestrahlungen in 4—6 Erythemdosen bei dem einen Patienten ohne jede narbige Atrophie, bei dem zweiten, tumorartigen Nävus mit kaum erkennbarer zarter, weißer Narbe. Verf. betont, daß in der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf die Gefäßneubildungen kein Unterschied bestehe, doch ermögliche die Röntgenkur die Behandlung größerer Flächen in einer Sitzung. Die spätere Bildung von Pigmentflecken und Teleangiektasien läßt sich vermeiden, wenn in den einzelnen Sitzungen die Erythemdosis nicht überschritten und mit der nächsten Bestrahlung bis zur Heilung des Erythems gewartet wird. Flache Nävi heilen ohne Narbe, Angiome mit kosmetisch guter Narbe. Die Elektrolyse, Finsen- oder Quarzlampenbehandlung fand Verf. nur bei ganz flachen Nävi und flachen Angiomen erfolgreich. Max Joseph (Berlin).

Kromayer. Die Behandlung der roten Muttermale mit Licht und Radium nach Erfahrungen an 40 Fällen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. 1910.

In der großen Mehrzahl seiner 40 mit Licht und Radium behandelten Fälle von Muttermälern konnte Verf. Besserungen verzeichnen. Allerdings fand er es ratsam, nicht öfter als 4—5mal zu belichten und etwa 2—3mal die Radiumentzündung zu wagen, um im letzteren Falle die Gefahr chronischer Dermatitis und späterer Teleangiektasie zu vermeiden. Die Lichtentzündung andererseits verliert allmählich an Wirkung, erzeugt häufig Pigmentationen, die die Strahlen absorbieren und dadurch eine weitere Besserung beseitigen. Bei den kleinen oberflächlichen arteriellen Nävi wurde die Haut normal, bei größeren wird sie leicht narbig, atrophisch und etwas weißer als die Umgebung. Günstige Resultate bieten Kombinationen von Licht und Radium, bei kleinen oberflächlichen Nävi auch Radium allein. Die Lichtbehandlung hinterließ eine rötlich-weiße oder bläulich-weiße Farbe. Die Indikationen wären somit: Radium bei kleinen, arteriellen Nävi, Kombination von Licht und Radium bei mittelgroßen, gemischten Nävi, Lichtbehandlung allein bei ausgedehnten roten, blauroten, aber oberflächlichen, auf Kapillarerweiterung mit geringer arterieller Beteiligung beruhenden Nävi. Max Joseph (Berlin).

Schmidt, H. E. Zur Strahlenbehandlung der roten Muttermale. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. 1910.

Gegenüber dem Zweifel, welchen Kromayer über die allgemeine Gültigkeit der Erfolge mit Röntgenstrahlen bei Muttermälern äußerte, bemerkt Schmidt, daß man bei kleinen, spinnenförmigen Nävi und bis erbsengroßen Angiomen gut mit Elektrolyse auskomme, aber keinerlei Bestrahlung brauche. Bei größeren flachen und angiomatösen Nävi hingegen genüge weder Elektrolyse, noch Finsen-, noch Quarzlampenbehandlung. Doch bewährte sich in solchen Fällen das Radium und bei



größeren tumorartigen Nävi die, physiologisch dem Radium gleich wirkende, Röntgenbestrahlung, mit welcher man größere Flächen auf einmal behandeln könne. Max Joseph (Berlin).

Zehden, A. Atypische und weniger bekannte Folgeerscheinungen nach Röntgenbestrahlung. Berl. klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 1. p. 16.

Verfasser verwendet bei flachen, refraktären Epitheliomen und bei den Naevi flammei so weiche Röntgenstrahlen, die bei den üblichen Röhren gar nicht durch die Glaswand durchgehen und benützt dazu Zentraltherapieröhren von Burger und die von Grisson. Die Härtegrade betragen 1—2·5 Wehnelt. Die Reaktion des Gewebes auf diese überweichen Röntgenstrahlen setzt bei wesentlich abgekürzter Inkubationsdauer ein und ist viel milder. Nach Reaktionen 1. Grades scheinen bei dieser Strahlenqualität Atrophie und Telangiektasien nicht aufzutreten. Eine Pigmentation scheint die Regel zu sein. Auch Reaktionen 2. und 3. Grades heilen viel schneller ab. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß Verfasser noch 3—4 Jahre nach einer einmaligen Reaktion 1. Grades nachträglich Atrophie und Telangiektasien eintreten sah. Einmal wurde $2^1/_2$ Jahre nach der letzten Bestrahlung eine eigentümliche sklerodermieartige Veränderung beobachtet. Verfasser vermeidet daher prinzipiell, besonders bei Ekzemen, jede Reaktion und hält die Röntgenbehandlung von Ekzemen, die nicht auf kleine, d. h. $^1/_3$ Erythemdosen abheilen, für kontraindiziert. Einmal wurde eine Reaktion 2. Grades wiederholt beobachtet, die streng auf die ekzematösen Hautstellen beschränkt blieb und die umgebende gesunde Haut nicht ergriff. Es scheint sich hier um lokale Überempfindlichkeit zu handeln. Ob Idiosynkrasie oder Überempfindlichkeit gesunder Haut gegen Röntgenbestrahlung vorkommt, ist schwer zu entscheiden. Ebenso ist es zurzeit noch nicht möglich, mit Sicherheit festzustellen, ob auf eine lokalisierte Röntgenbestrahlung eine allgemeine Reaktion einsetzen kann. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Dyck. Neue Fortschritte in der Anwendung der Kromayerschen Quarzlampe: Quarzansätze, Blauscheiben. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XLIX.

Durch die soliden, verschieden gestalteten Quarzansätze kann jede noch so schwer zugängliche Hautstelle komprimiert und belichtet werden, ohne daß, wie bei den früheren Spüllinsen, die Lichtstärke verringert wird. Durch die auswechselbaren Blauscheiben kann das Licht in seiner Qualität beliebig verändert und den Bedürfnissen des Falles angepaßt werden. Ludwig Waelsch (Prag).

Wickham, L. Ist Radium eine Kurmethode für den Krebs? The British Med. Journal. 1910. Dec. 18. p. 1748.

Wickham setzt in dem Artikel präzise auseinander, was die Radiumbehandlung in der Behandlung der Karzinome leistet, worin ihre Indikationen und Kontraindikationen bestehen. Zum kurzen Referat sind die Ausführungen nicht geeignet. Fritz Juliusberg (Posen).



Turner, Dawson. Bemerkungen über die Wirkungen und den Gebrauch des Radiums. The Lancet. 1909. Dec. 25. p. 1878.

Die Radiumstrahlen — führt Turner aus — scheinen zwei Hauptwirkungen zu haben: 1. Sie haben eine spezifische Einwirkung auf gewisse pathologische Zustände, wie Ulcus rodens, Krebsknoten, Angiome, Keloide, Narben etc. 2. Sie haben eine entzündungserregende und zerstörende Wirkung, ähnlich wie die Kaustika. Er läßt dann die Fälle folgen, wo er Radium mit Erfolg verwandte. Dazu gehören drei Fälle von Ulcus rodens, zwei von Angiom, zwei von eigentlichem Hautkarzinom. Weiter gebrauchte er Radium mit Erfolg bei Warzen, Narben, Lupus vulgaris und erythematosus, Leukoplakie und Pruritus.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wullyamoz. Lausanne. Heilung eines Falles von Röntgon-Aspermatozoidie. Archives d'Electricité medicale. Nr. 278.

Ein Röntgenologe beobachtete lange Zeit völliges Fehlen seiner Spermatozoen und fühlte schließlich auch Schmerz im Testikel. Von da an trug er kontinuierlich unter den Kleidern eine Schutzplatte, welche aus weichem Material und kaum sichtbar war. Acht Monate später konnte er wieder Spermatozoen konstatieren.

Alfred Jungmann (Wien).

Foveau de Courmelles. Chirurgische Eröffnung der Haut, um die Penetration von Röntgen-, Ultraviolett- und Radiumstrahlen zu erleichtern. Archives of Röntgen Ray. XIV. 9.

Um größere Tiefenwirkung zu erzielen, plädiert F. für eine Kombination unserer modernen Strahlungsarten mit solchen Methoden, die eine weitgehende Läsion der Haut hervorrufen, z. B. Skarifikation, Elektrolyse. Er empfiehlt Skarifikation des Lupus vor der Röntgenbehandlung, Elektrolyse des Nävus vor der Radiumapplikation. Nach vorhergegangene Elektrolyse kann auch die α-Strahlung des Radium, die sonst schon ganz oberflächlich absorbiert wird, zur Wirkung herangezogen werden. Auch für Phototherapie empfiehlt der Autor vorausgehende Skarifikation. Andererseits hat er oft die Erfahrung gemacht, daß in Fällen, wo chirurgische Ablation vorgenommen wird, erst durch Kombination mit nachfolgender Strahlenbehandlung, z. B. Röntgenstrahlen bei Keloiden, das Rezidiv vermieden wird. Alfred Jungmann (Wien).

Nogier, Th. Lyon. Über die bakterizide Wirksamkeit von Quecksilberquarzlampen. Anwendung dieser Eigenschaft zur Trinkwassersterilisation. Archives d'Electricité méd. Nr. 277, 279.

Versuche mit der Kromeyerlampe ergaben eine zweifellos bakterizide Wirksamkeit der kurzwelligen Strahlen des Quecksilberdampflichtes. Die Strahlen der Kromeyerlampe dringen auch durch eine 30 *cm* lange Wassersäule und sterilisieren dieselbe in ungefähr einer Minute. Das Wasser wird hiebei kaum erwärmt. Eine Reihe von interessanten Versuchen und Untersuchungen, die der Autor vornahm, ergab die Mög-



lichkeit, Wasser durch Quecksilberlicht keim- und toxinfrei zu machen, ohne es seiner anderen Eigenschaften zu berauben. Nogier empfiehlt eine darauf basierende Methode zur Trinkwassersterilisation.

Alfred Jungmann (Wien).

Jackson, George T. New-York. Bemerkungen über die Behandlung der Alopecia areata und Dermat. exfoliativa. Journ. cut. dis. XXVIII. 1.

Jackson hat bei Behandlung der Alopecia areata die Piffard-Eisenluft-Lampe, jedoch ohne Quarzlinse verwendet, um auch andere als die ultravioletten Strahlen auf die Stellen einwirken zu lassen, gelegentlich sind auch einzelne Funken übergesprungen und auch Wärme hat auf diese Weise eingewirkt.

Der Effekt war ein sehr guter, wenn auch in langdauernden Fällen das hervorsprießende Haar anfangs wieder ausfiel. Bei einem Fall von Dermat. exfol. hat Jackson mit Erfolg steigende Dosen von Chinin angewendet.

In der Diskussion bemerkt Schamberg, daß die günstige Einwirkung auf die Alopecia nicht den ultravioletten, wenig penetrierenden Strahlen zukommen könne, James Nevin Hyde hatte bei Dermat. exfol. Hebrae im ganzen gute Erfolge von steigenden Chinindosen, Gottheil beobachtete aber eine Schädigung des Allgemeinbefindens.

Rudolf Winternitz (Prag).

Vassilidés. Hochfrequenzbehandlung der Kahlheit. Annales d'Electrobiologie et de Radiologie. 1909. Nr. 11.

Durch chronische Irritation der Talgdrüsen und die große Intensität ihrer Sekretion kommt es allmählich zu Atrophie und Degeneration der Haarfollikel. Diese chronische Irritation, aus welcher Ursache immer entstanden, läßt sich nach V. durch Ströme von hoher Frequenz und Spannung aufhalten. V. hat eine Erfahrung von 42 Fällen und erblickt in der Hochfrequenztherapie ein sicheres Mittel zur Beseitigung der Seborrhoe. Die Behandlung führe in den schwersten Fällen von Seborrhoe in höchsten 3 Monaten zum Resultate. Was die Technik anlangt, verwendet V. die Ondinsche Elektrode und geht von anfangs schwachen Bestrahlungen bis zu einer Funkenlänge von 10—14 *mm*. Die einzelne Sitzung dauert 5—12 Minuten und wird 4—6mal wöchentlich vorgenommen. Unter der Applikation soll leichte Röte der Haut entstehen. Die Ursache dieser mitgeteilten günstigen Erfolge erblickt der Autor in der Ozonproduktion, der Hyperämisierung und der großen Vitalität, welche der Hochfrequenzstrom dem Gewebe verleiht.

Alfred Jungmann (Wien).

Bordier, H. Neuerungen in der Technik der Röntgendepilation. Archives d'Electricité medicale. Nr. 276.

Bordier empfiehlt zur Behandlung von Hypertrichosis neuerlich Röntgenbestrahlung und will durch Anwendung von Filtern den Patienten vor kosmetischer Entstellung bewahren. Man muß, um zu einem solchen Resultat zu gelangen, eine Technik anwenden, welche — ohne Erzeugung

von Erythem, geschweige denn einer Dermatitis — Haarausfall erzielen läßt. Bordier empfiehlt hiezu die Anwendung eines 0·5 *mm* dünnen Aluminiumfilters und die Applikation einer dreimal mit Intervall je eines Tages verabreichten Dosis 0 seines Chromoradiometers. Die Röhre soll nicht weicher sein als 5—6 Graden der Benoist-Skala entspricht. Die Depilation erfolgt nach 14 Tagen. B. berichtet, daß er durch Versuche festgestellt habe, daß die Haare nicht wiederkehren, sobald die Region eine Gesamtdosis erhalten habe, welche zwischen I und II der Skala seines Chromoradiometers liegt. Bei 4 Patienten habe er so Epilation erzielt, ohne daß man auch nur eine Spur vorausgegangener Röntgenbehandlung erkennen könne. Alfred Jungmann (Wien).

Bordier. Therapeutische Resultate mit Ultraviolettbestrahlung. Archives d'Electricité medicale. Nr. 274.

Erfahrungen mit der Kromeyerlampe. Bei Ekzem, Psoriasis, Akne etc. wo es sich bloß um Umstimmung handelt, genügt Fernbestrahlung; wo aber Tiefenwirkung erforderlich ist, muß starke Kompression angewendet werden. Zu diesem Zwecke bindet B. die Lampe mit elastischer Binde an den Patienten. Die Kompressionsbehandlung dosiert man nach der Zeitdauer der Applikation. Bei Fernbestrahlung mißt B. die Dose mit Hilfe seines Chromoaktinometers. B. empfiehlt bei Kompressionsbestrahlung gegenüber langdauernden Expositionen lieber refracta dosis und will damit bessere Erfolge haben. Beim Lupus vulgaris wird dieselbe Stelle in 10—14tägigen Intervallen wiederholt unter Kompression bestrahlt. Von den Erfolgen beim Lupus vulgaris ist B. sehr befriedigt und zieht die Methode der Röntgenbestrahlung, welche er nur manchmal zur Vorbehandlung anwendet, vor. Lupus erythematosus ist für die Behandlung mit der Quarzlampe sehr geeignet. Drei Fälle von Herpes circinatus heilten prompt unter der Bestrahlung nach 10—14 Tagen. In einem Falle von Naevus vascularis, welcher die ganze rechte Wange eines Mädchens einnahm, wurde durch halbstündige wiederholte Kontaktbestrahlung eine ausgiebige Besserung erzielt. Schilderung eines schweren Falles von Rosacea, welcher gebessert wurde. Auch bei Ekzemen, Lichen planus wurden Erfolge berichtet. B. hegt die Auffassung, daß die Ultraviolettherapie vielfach geeignet ist, die Radiotherapie zu verdrängen. Alfred Jungmann (Wien).

Simmonds. Über die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf den Hoden. Hamburg. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. XIV. 4.

Auf Grund von interessanten Versuchen an Meerschweinchen und Mäusen gelangt S. zu dem Resultate, daß nach genügend stark dosierter Röntgenbestrahlung nach Ablauf einer gewissen Latenzperiode Zerstörung der Samenzellen des Hodens erzielt wird, während Sertolizellen, Spermatozoen und das interstitielle Gewebe nicht geschädigt werden. Es kommt zunächst zur Aufhebung der Spermatogenese. Doch ist die Widerstandsfähigkeit sehr variabel und begegnet man auch intakten Kanälchen. Nach einiger Zeit tritt Regeneration der Samenkanälchen ein und hiemit nor-



male Spermatogenese wieder auf, wobei es allerdings fraglich ist, ob die von den regenerierten Kanälchen gelieferten Spermatozoen zur Befruchtung geeignet sind. Synchron mit der Zerstörung der Samenkanälchen geht Wucherung der Zwischenzellen einher, die nach Regeneration der Samenzellen wieder zurückgeht. Diese Erscheinung erklärt S. als vikariierendes Eintreten der Zwischenzellen für die Samenzellen. Verfasser macht ferner auf die Unterschiede gegenüber fibröser Orchitis aufmerksam, bei welcher Verdickung und hyaline Degeneration der Kanälchenwandung mit allmählichem Untergang sämtlicher auskleidender Zellen auftritt, während bei Röntgeneinwirkung die Kanälchenwandung zart und die Sertolizellen absolut intakt bleiben, nur die Samenbildner zugrunde gehen. Als Folge der Röntgenbestrahlung kam es oft anfangs zu starker Abmagerung, später aber im Anschluß an die Verödung der Hoden zu Fettansatz. Alle diese Veränderungen wurden nur durch direkte Bestrahlung, niemals aber durch sekundäre Röntgenstrahlung erzielt. Alfred Jungmann (Wien).

Morton, Edward Reginald. Die Behandlung der Nävi und anderer Hautaffektionen mit Elektrolyse, Kauterisation und Gefrierung. The Lancet 1909. Dec. 4. p. 1658.

Morton äußert sich in diesem Artikel über verschiedene Behandlungsweisen der Nävi. Die Elektrolyse empfiehlt er speziell für die Behandlung der kavernösen Nävi. Er verwendet dazu die von Lewis Jones angegebene bipolare Nadel. Eine weitere sehr zweckmäßige Behandlung ist die mittelst Kauterisation. Sie ist einfach, wenig zeitraubend und wirksam. Die Hochfrequenzströme eignen sich nur für die sogenannten „portwein"farbenen Nävi, d. h. für die Nävi, die nur die oberflächlichsten Schichten der Haut befallen haben. Die Behandlungsweise, die aber die meiste Anwendung verdient, ist die Methode der Gefrierung mittelst Kohlensäureschnee. Da die Temperatur der festen Kohlensäure konstant ist, beschränkt sich die Dosierung auf Druck und Zeit. Neben dem Nävus gab dem Autor diese Behandlung gute Resultate bei Lupus erythematosus, bei Lupus vulgaris, bei Warzen etc.

Fritz Juliusberg (Posen).

Rice, May Cushman. Die Unbrauchbarkeit der Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Hypertrichosis. The Journal of the Americ. Med. Association. 1910. Jan. 8. p. 125.

Rice weist darauf hin, daß sich die Röntgenstrahlen zur Behandlung der Hypertrichosis nicht eignen. Die einzig rationelle Behandlung der Hypertrichosis ist die Elektrolyse. Fritz Juliusberg (Posen).

Savill, Agnes. Über einen Fall von Röntgenulzera, behandelt mit Hiltons Methode. The Lancet. 1909. Dec. 18. p. 1811.

Der Fall Savills betrifft eine Frau, die wegen Sklerodermie zwei Jahre lang fast täglich mit Röntgenstrahlen behandelt war. Es waren an der bestrahlten Stelle, der Schulter, zwei shillinggroße Ulzera entstanden, mit unregelmäßigen Rändern, die innerhalb sklerodermatisch veränderter Haut lagen und der Patientin unerträgliche Schmerzen bereiteten. Es



wurde die Durchschneidung der Nerven, die in die ulzerösen Stellen eintraten, ausgeführt. Zugleich erhielt die Patientin Injektionen von Fibrolysin. Bald nach der Operation ließen die Schmerzattacken nach und es kam zu fast vollständiger Heilung der Ulzerationen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Sikow, W. Zur Frage über die Anwendung des Funkens bei der Behandlung maligner Neubildungen. Wratschebnaja Gazeta. 1909. Nr. 40.

Besprechung auf Grund von Literaturstudium der Frage über die Einwirkung der Fulguration auf Haut, Gehirn, Herz etc. Um die Wirkung der Fulguration auf die entblößten Gefäße und Nervenstämme zu studieren, unterwarf der Verfasser die Gefäß- und Nervenbündel am Halse und die Arteriae et venae femorales der Hunde der Einwirkung der Fulguration während 5—10 Minuten; bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten die großen Arterien fast gar keine Veränderung; in den kleinen jedoch war eine hyaline Degeneration und Trombenbildung vorhanden; in den Venen, sogar in großen, konnte man eine Trombenbildung in Zusammenhang mit einer lokalen Nekrose der Gefäßwand konstatieren; die kleinen Venen waren mit Tromben vollgestopft. Diese Veränderungen konnten nicht festgestellt werden, als die Gewebe zum Zwecke der Untersuchung früher als nach 48 Stunden entnommen waren. Ferner beschreibt Verfasser die Technik der Fulguration, wobei er, um das Überspringen der Funken auf die benachbarten gesunden Gewebe zu vermeiden, auf das Ende des Elektrodes abzunehmende gläserne Röhrchen verschiedener Form und Größe anzieht; dank dieser Vorrichtung wird auch der durch die Funken hervorgerufene Lärm fast ganz beseitigt. Um das Schmerzgefühl zu mildern, wird der Kranke auf einen hölzernen Tisch gelegt; um das Überspringen der Funken vom Kranken auf andere zu beseitigen, wird ihm ein breites Elektrod auf den Bauch gelegt, welches mittelst eines Drahtes mit der Wasserleitungsröhre verbunden wird. In manchen Fällen konnte Verfasser die Fulguration ohne Narkose durchführen, besonders an den Extremitäten, wobei er sich der Kokainisation und Einschnüren der Extremität mit Gummibinden bediente. Nach der ersten Fulguration wird das pathologische Gewebe, das ein ödematöses, gelatinartiges Aussehen annimmt, mit einem scharfen Löffel ausgerottet und dann die Oberfläche der Wunde wieder einer Fulguration unterworfen. Während einer Sitzung kann ein solches Verfahren einigemal wiederholt werden; im Falle einer starken Blutung wird die Wunde mit pulvis Calci chlorati bestreut. Bei allen Kranken Intervalle von 1—2 Wochen. Die Fulguration wurde vom Verfasser in inoperablen und unheilbaren Fällen vorgenommen. Von 28 inoperablen Fällen (25 Karzinome, 3 Sarkome) wurde nur in einem die Heilung des Geschwüres erzielt (Epithelioma vaginae); in einigen Fällen stellte sich eine zeitliche Besserung ein (Aufhören der Schmerzen und Besserung des Allgemeinbefindens); in anderen Fällen waren alle Maßnahmen erfolglos. Ein gutes Resultat gab diese Behandlung in zwei Fällen von Hautkarzinom und in vier Fällen



von Lupus vulgaris: nach ein- oder zweimaliger Fulguration Heilen der Geschwüre und Verschwinden der Lupusknötchen. Der Verfasser kommt zur Schlußfolgerung, daß bei Behandlung der Hautkarzinome und Lupus vulg. die Fulguration höher gestellt werden muß, als andere Behandlungsmethoden dieser Affektionen. P. A. Welikanow (Petersburg).

Schanz und **Stockhausen.** Zur Beurteilung der Schädigungen des Auges durch leuchtende und ultraviolette Strahlen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. Bd. XLVII. Okt.-Heft.

Verf. betonen in diesem Aufsatz, daß das Auge nicht allein durch die ultravioletten Strahlen, sondern auch durch die leuchtenden geschädigt werden kann. Sie weisen noch einmal auf die von ihnen angegebene Schutzmaßregel, die Euphosgläser hin. Edgar Braendle (Breslau).

Faulhaber. Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie Dtsch. med. Woch. Nr. 47. 1909.

Dem Mißtrauen vieler Praktiker gegenüber der oft gefährlichen Röntgentherapie hält Faulhaber entgegen, daß die Errungenschaft der direkten Dosimetrie es heut ermöglicht ungewollte Röntgenverbrennungen zu vermeiden. Um die Grundlage der Röntgenwirkung zu geben, bespricht er zunächst den Einfluß der Strahlen auf gesunde Haut: Haarausfall mit keiner, geringer oder stärkerer Hautentzündung nach einer Latenzzeit, welche um so kürzer ist, je schwerer die Verbrennung auftritt. Diese Spätreaktion erklärt sich so, daß die Strahlen zwar sogleich die Gewebszellen zur Degeneration bringen, diese Schädigung sich aber erst nach längerem Fortschreiten auf der äußeren Haut zeige. Neben dieser akuten Wirkung besteht noch eine chronische bei Personen (Ärzten etc.), welche sich oft und lange mit Bestrahlungen beschäftigen. Neben dem Strahleneinfluß auf die Haut werden, meist nach Tierexperimenten, Röntgenwirkungen auf andere Organe berichtet: Atrophie von Hoden und Ovarien, lymphoider Kernzerfall, Augenerkrankungen. Als hochempfindlich können Milz, Lymphdrüsen, Knochenmark, Hoden, Ovarien wachsender Knorpel gelten; als unterempfindlich Muskel- und Bindegewebe, fertiger Knochen und Knorpel, sehr resistent sind fertige rote Blutkörperchen. Die Heilwirkung beruht auf der größeren Sensibilität gewisser kranker Gewebe uud betrifft besonders Psoriasis, manche Lupusformen, chron. Ekzeme, Pruritus vulvae et ani, Hyperidrosis. Bei parasitären Haarerkrankungen (Favus, Sykosis, Herpes tonsur.) geschieht die Heilung durch entzündungslose Epilation, welche den Nährboden beseitigt und den Parasiten mit dem Haar entfernt. Karzinome und Sarkome bestrahle man in inoperablen Fällen, wobei besonders die schmerzlindernde Wirkung wohltätig erscheint. Unsicher sind noch die Indikationen bei Leukämie, Strumen, Basedowscher Krankheit, Prostatahypertrophie, besser bei Uterusmyomen. Das Radium empfiehlt Verf. für oberflächliche zirkumskripte Herde; ganz ausgezeichnet bewährte es sich bei Naevi.

Max Joseph (Berlin).

Poor, F. Der therapeutische Wert der Kromayerschen Quecksilber-Quarzlampe. Orvosi hetilap. 10.



Die Kromayersche Quecksilber-Quarzlampe ist in allen solchen Fällen anwendbar, in welchen die ultravioletten Strahlen gut dienen.

Folgende Tabelle zeigt die Resultate der Behandlung bei verschiedenen Hautkrankheiten:

Krankheit	beh. Fälle	geheilt	gebessert	unverändert
Lupus vulgaris . . .	32	10	16	6
Tuberculosis verruc.	3	—	—	3
Lupus erythem. . .	7	3	2	2
Alopecia areata . .	8	8		
Neurodermitis . . .	14	14		
Eczema chron. . .	18	18		
Acne rosacea . . .	7	5	2	
Seborrhoe capitis .	29	18	11	
Vitiligo	1	1		

Alfred Roth (Budapest).

Fabry, F. und **Zweig**. Die Behandlung der gewöhnlichen harten Warzen, des Klavus und Tyloma mit Kohlensäureschnee. Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 13.

Fabry und Zweig berichten über weitere Erfolge mit der Kohlensäureschnee-Behandlungsmethode, deren Technik, Wirkungs- und Anwendungsweise schon in dieser Zeitschrift (1909, Nr. 32) ausführlich besprochen wurde. Verf. haben die Kohlensäurebehandlung noch auf andere Hauterkrankungen ausgedehnt, nämlich: 1. die Verrucae durae vulgares, 2. den Klavus, 3. das Tylom. Alle drei Affektionen eignen sich sehr für die Kohlensäurebehandlung, so daß Verf. die Anwendung dieses Verfahrens dem Praktiker warm empfehlen als einfacher, harmloser und radikaler wie alle bisher gekannten und geübten Methoden.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Macleod, J. M. H. Über den therapeutischen Wert des Kohlensäureschnees bei der Behandlung der Gefäßnaevi, Pigmentnaevi etc. The Brit. Med. Journal. 1910. 29. Jan. pag. 254.

Macleod berichtet über seine Erfolge mittelst der Methode Puseys mit Kohlensäureschnee. Die Wirkung ist abhängig von der Länge der Sitzung und der Stärke des angewandten Druckes. Der Druck soll wenigstens nach Entfernung des Applikators eine leichte Delle zurücklassen. Nach einer Applikation von 5 Sek. ist eine weiße gefrorene Scheibe da, die in etwa 1 Minute auftaut. Etwa 10 bis 12 Stunden später setzt die entzündliche Reaktion ein. Gesunde Haut heilt nach Exposition von 30 Sek. ohne Narbe. Am meisten befriedigten Macleod die Resultate bei der Behandlung der gewöhnlichen angiomatösen Nävi der Kinder. Nur Radium leistet bei dieser Affektion ähnliches. Ist der Naevus sehr weich, so genügt eine Sitzung von 20 Sek, um ihn zu entfernen, härtere erfordern mehrere Sitzungen. Vor einer zweiten Applikation soll man die Reaktion der ersten Sitzung erst abklingen lassen. Haar- und Pigmentnaevi wurden mittelst der Methode mit zufriedenstellenden Resultaten teils gebessert, teils entfernt. Bei Lupus vulgaris gelang es, oberflächliche



Herde zu heilen, für tiefsitzende ist die Methode zu wenig in die Tiefe dringend. Bei Lupus erythematosus war die Wirkung der der Zinkjonen unterlegen. Bei Ulcus rodens eignet sich die Methode nur für sehr oberflächliche Herde. Fritz Juliusberg (Posen).

Morton, Eduard Reginald. Über die Resultate nach Applikation von fester Kohlensäure. The British Med. Journal. 1910. 29. Jan. pag. 257.

Morton, der bereits an anderer Stelle über die Technik der Puseyschen Behandlung mit fester Kohlensäure geschrieben hat (Lancet, 1909. 4. Dez.) berichtet über 123 auf diese Weise behandelte Fälle. Vier Haar- und Pigmentnaevi wurden mit sehr gutem Erfolge behandelt. Auch bei Warzen leistete die Methode gutes. Besonders günstig waren aber die Resultate im Gegensatz zu andern Methoden bei den verschiedenen Formen der Blut- und Lymphgefäßnaevi. Hervorzuheben ist, daß die Methode keine Anästhesie erfordert. Fritz Juliusberg (Posen).

Jochmann, H. und **Schöne**, Ch. Über den therapeutischen Wert der Stauungshyperämie bei Erysipel. Dtsch. med. Woch. Nr. 48. 1909.

Jochmann und Schöne behandelten 85 Fälle von Erysipel mit einer tägl. 22 Stunden liegenden Stauungsbinde um den Hals, resp. die obersten Teile der befallenen Extremitäten und erzielten in der Mehrzahl der Fälle eine schnelle Heilung, welche sich durch raschen Temperaturabfall und Hebung des Allgemeinbefindens anzeigte. Bei etwa einem Viertel der Fälle blieb hingegen diese Besserung aus; 5, von denen der eine ein junges Kind betraf und die 4 anderen mit allgemeiner Sepsis einsetzten, verliefen letal. Verf. erklären die Wirkung der venösen Stauung dahin, daß dieselbe bei leichteren und mittelschweren Erysipelfällen die Widerstandsfähigkeit des erkrankten Körperteils gegen die Streptokokken erhöhe und so die Heilung befördere. Bei sehr schweren Infektionen indessen reicht dies Hilfsmittel nicht aus.

Max Joseph (Berlin).

Mitchell, A. B. Ein Fall von Lymphangioplastik bei solidem Ödem. The Brit. Med. Journ. 1909. 20. Nov. pag. 1462.

Mitchell berichtet über erfolgreiche Behandlung eines Falles von Ödem des Gesichtes nach Erysipel mittelst subkutan eingeführter Seidenfäden nach der Methode von Handley (Lancet. 1909. 2. Jan.).

Fritz Juliusberg (Posen).

Ullmann, Karl. Über ein Neutralseifenpräparat (Neutrosapon) und dessen Verwendbarkeit für die Hauttherapie. Die Heilkunde. 1908. Heft 12.

Neutrosapon, ein für dermatologische Zwecke dargestelltes und sorfältig bereitetes Rohseifenpräparat, scheint dem Verf. nach mehrjähriger Erfahrung allen Anforderungen zu entsprechen, die für ärztliche Verschreibungen verschiedenster Art zu stellen sind. Er hat von dem Mittel zur Anfertigung von Salben als Konstituenz oder Zusatz oft mit Vorteil Gebrauch gemacht, noch öfter zur Herstellung eines guten Seifen-

geistes. Rein verwendete er es als Ersatz für grüne Seife bei Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans etc. Eine gute Schälwirkung wurde bei chronisch-ekzematösen Veränderungen durch Zusatz von 5–10% Sulfur sublimatum erreicht. Bei zahlreichen Indikationen erwies sich die mit Neutrosapon statt mit sapo viridis bereitete Wilkinsonsche Teerpaste von weit geringeren reaktiven Reizerscheinungen gefolgt. Auch Dreuws bekannte Psoriasissalbe ließ sich auf dieselbe Weise und mit sehr gutem Erfolge modifizieren. Zur Behandlung der Acne indurata mittels Schälkur, zu Resorptionszwecken, kann Neutrosapon in Verbindung mit verschiedenen Medikamenten gebraucht werden. Besonders aber eignet es sich als Basis zur Herstellung von neutralem Seifengeist. Dieser kann als Ersatz des offizinellen Seifenspiritus, sowie auch als Exzipiens für lösliche oder nur emulgierbare Medikamente dienen. Verf. führt einige der zahlreichen Gebrauchsindikation für den aus Neutrasapon bereiteten Seifengeist an, so besonders als Ersatzpräparate für Haarwasch- und Haarstärkungsmittel. Aus derselben Seifenbasis lassen sich bei Verwendung von Natron neben Kalilauge auch Stückseifen, event. mit Zusatz medikamentöser Stoffe erzeugen. Den Hauptwert des Neutrosapons sieht Ullmann in dem Umstande, daß es eine gleichmäßige, aber konstante und nur schwache alkalische Seife mit vollem Seifencharakter darstellt. Seine Vorzüge gegenüber der gewöhnlichen grünen Seife sind: 1. die Alkalinität ist eine konstante, aber sehr geringe, erreicht durchschnittlich kaum 0·1; 2. bei ebenso gutem Schäumen ist die artefizielle beabsichtigte oder unbeabsichtigte Hautätzung geringer als bei den meisten offizinellen grünen Seifen, denn 3. bei der Verseifung (Hydrolyse) tritt zwar frei gewordenes Alkali in Aktion, aber in so geringem Grade, daß die Oberhaut selbst bei längerem Belassen der Seife oder des Schaumes nicht angeätzt wird. Alfred Kraus (Prag).

Audry, Ch. (Toulouse). Sur un nouveau Tire-comedon. Journ. des malad. cut. et syphil. VII. 1909.

Besteht aus einem Nickelstab, dessen beide Enden ein wenig umgebogen und abgeflacht, zwei verschieden große Öffnungen, die kreisrund sind, tragen. Der Komedo wird in ein solches Loch gefaßt und ziemlich stark auf den Stab gedrückt. M. Oppenheim (Wien).

Meyer. Der Kaltkauter nach Dr. de Forest in der Dermatologie. Dermatol. Zeitschr. 1910. p. 167.

Das Instrumentarium besteht aus einem modifizierten Hochfrequenz-Apparat und wird die Zerstörung des Gewebes durch kleinste Funken sowie durch Entwicklung von Joulescher Widerstandswärme hervorgerufen. Der Kaltkauter eignet sich zur Entfernung kleiner Hautgebilde. Fritz Porges (Prag).

Evans, Willmott. Die Behandlung der chronischen Beingeschwüre. The Lancet. 1909. 13. Nov. pag. 1420.

Evans betont, daß für die Behandlung der chronischen Beingeschwüre, vor allem die Ätiologie maßgebend sie. Die traumatische Ursache spielt gerade für die chronischen Ulzera keine besondere Rolle,



da rein traumatische Ulzera selten chronisch werden. Als die Hauptursache gelten gewöhnlich variköse Venen. Doch auch diese sind weniger häufig ätiologisch verwertbar, wie allgemein angenommen wird. Sie unterstützen in der Regel andere Ursachen, Trauma und Sepsis. Doch nicht mehr als 5% aller chronischen Ulzera des Beines beruhen auf diesen Ursachen. Dagegen spielt die Syphilis einen ganz bedeutenden ätiologischen Faktor, etwa 90% sind syphilitischen Ursprungs. Diese Tatsache ist natürlich von größter Bedeutung für die Therapie. Jod wirkt am meisten zur Heilung bei, aber vor Rezidiven schützt nur das Quecksilber. Öfters sind auch Tonica von Nutzen wie Chinin, Eisen, Strychnin. Die Besprechung der örtlichen Therapie bringt nichts neues.

Fritz Juliusberg (Posen).

Dreuw. Lichtträger mit chirurgischem Ansatz. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. L.

Für Inzisionen, Kaustik, Elektrolyse, Massage etc. der Harnröhre benützt Dreuw ein Instrument, bei dem Handgriff, Lichtquelle und Messer ein einheitliches Ganzes bilden. Auch Schlingen können mit der Lichtquelle verbunden werden. Der Tubus ist entweder schräg abgeschnitten, oder trägt an seinem vorderen unteren Ende einen rechteckigen Ausschnitt. Ludwig Waelsch (Prag).

Dreuw. Über Chrysarobin- und Pyrogallolsalben mit Alkalizusatz. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XLIX.

Entgegen der Anschauung, daß Zusatz von Alkali die reduzierende Wirkung von Chrysarobin- und Pyrogallolsalben aufhebe, hat Dreuw durch Mischung dieser Salben mit alkalischer grüner Seife intensivere und schnellere Wirkung erzielt, wenn er ihnen Acid. salicyl. im Überschuß zusetzte. Dadurch wurde das neugebildete chrysophansaure Alkali wieder in Chrysarobin zurückverwandelt, unter Freiwerden von Ölsäure entstand salizylsaures Alkali und wurde eine intensive Schälwirkung erzeugt (Lepismatio membranacea). Bei Pyrogallol tritt ein ähnlicher Vorgang ein. Weiterer Zusatz von reduzierenden und schälenden Mitteln (Ol. Russi, Resorzin) steigert Reduktion und Schälung, gleichzeitig aber auch die toxischen Wirkungen. Die alkalische Chrysarobinsalbe hat indirekt elektive Wirkung, indem die um die Psoriasisplaques infolge der Lepismatio membranacea entstehende Membran die Resorption der stark dosierten Salben bei jeder folgenden Applikation vermindert. Die Salben müssen vor Luftzutritt bewahrt werden (Dreuws Aërotuba). Verfasser empfiehlt als intensivst antiseptisch, reduzierend und schälend folgende Zusammensetzung der Salbe: Acid. salicyl. 10·0, Chrysarobin 20·0, Sapon. virid. 25·0, Adip. lan. anhyd. ad 100·0. Wegen der stark austrocknenden Wirkung dieser Salbe empfiehlt sich nach ihrer mehrmaligen Anwendung Einfettung der Haut (Zinköl, -salbe, -pasta).

Ludwig Waelsch (Prag).

Dreuw. Puder-Aërotuba. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XLIX.



Die Vorteile der Puder-Aërotuba bestehen in folgendem: Es wird bei jedesmaligem Druck das gleiche Pulverquantum herausgetrieben. Das Puder kann sterilisiert und steril erhalten werden. Die Handhabung ist sauber und bequem. Ludwig Waelsch (Prag).

Kennard, Dudley. Kalkwasser bei der Behandlung der Verruca plana. The Brit. Med. Journ. 1910. 8. Jan. pag. 81.

Kennard wandte in einem Falle von Verrucae planae, der jeder anderen Behandlung getrotzt hatte, Kalkwasser an. Nach 4 Tagen Abheilung ohne Rezidiv. Fritz Juliusberg (Posen).

Brisson, Pierre. Erwägungen über die Wirkung des Schwefels in der Dermatologie. Annales de Derm. et de Syphil. 1909. Nr. 11. pag. 639.

Brisson hat die Wirkung des Wassers, des Kochsalzes, des menschlichen Serums, verschiedener Metalle und verschiedener in der dermat. Praxis üblichen Mittel auf die Schwefelpräparate studiert und konnte folgende Befunde erheben: Der Schwefel wird in Kontakt mit der Epidermis oxydiert und z. T. in Schwefelsäure umgewandelt. Kochsalz und gewisse Metalle wie Hg, Zink, Bismuth usw. beschleunigen die Oxydation, durch andere Stoffe, wie Tannin, Chinin, Kampfer, Naphthol, Karbolsäure, Teer, wird die Wirkung des NaCl auf den Schwefel verzögert. Kalk- und Bleisulphate sollen keratoplastisch wirken.

Brisson bringt die heilende Wirkung des Schwefels mit diesen Oxydationsvorgängen in Zusammenhang. Zum therapeutischen Gebrauch empfiehlt er den kolloidalen und den präzipitierten Schwefel, da diese beiden Sorten sehr fein verteilt sind und deshalb bei Anwesenheit von NaCl und der Säfte des Organismus einer rascheren Oxydation unterliegen.

Max Winkler (Luzern).

Unna, P. G. Eucerincoldcream als Waschmittel. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. L.

Der Eucerincoldcream als Waschmittel macht Seifenwaschung bei hautempfindlichen Patienten entbehrlich durch das Zusammentreffen zweier Faktoren: der hohe Wassergehalt erfrischt in ähnlicher Weise wie die Seifenwaschung und die emulsionsartige Beschaffenheit und festere Konsistenz bewirkt eine sehr gute, jedenfalls stets ausreichende Reinigung.

Ludwig Waelsch (Prag).

Bergrath. Über die Chininbehandlung des Pemphigus. Münch. med. Klinik. 1910. Nr. 1.

Auf Grund zweier Fälle von Pemphigus, die durch Verabreichung von Chinin in größeren Dosen zur Abheilung bzgl. eklatanten Besserung gekommen sind, macht Bergrath Propaganda für die Chinintherapie bei Pemphiguskranken, zumal bisher kein Mittel bekannt ist, das in bezug auf seine Einwirkung auf den Pemphigusprozeß und sein Heilungsvermögen nur einigermaßen befriedigt hätte.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Porosz. Die Diätbehandlung der Hautleiden. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. L.

Kurze Besprechung der wohl ziemlich allgemein bekannten und auch anerkannten Beziehungen zwischen gewissen Hauterkrankungen, Stoffwechselstörungen und Ernährung. In der Wirkungstätigkeit der Hefepräparate gegen Akne und Furunkulose muß Ref. Porosz beipflichten. Ludwig Waelsch (Prag).

Amende, Dietrich. Über Arsan, eine neue Anwendung der arsenigen Säure. Dermat. Zentralbl. 1910. Nr. 5.

Arsan ist Arsenglidine. Die Tablette enthält 0·002 Arsen. Die Abspaltung des Arsens in Form arseniger Säure findet langsam (in ca. 12 St.) statt. Daher ist eine kumulative Wirkung erreichar. Noch am 8. Tage ist es nicht ganz wieder ausgeschieden. Amende hatte in 40 Fällen von Psoriasis, Lichen ruber, Ekzem gute Erfolge. Lästige Nebenwirkungen auf Magen und Darm fielen fast ganz weg. Man gibt die ersten 8 Tage mittags und abends eine Tablette, in der 2. Woche 3 Tabletten, später ev. 4–6, meist aber auch nur 3 pro Tag.

Rudolf Krösing (Stettin).

Anatomie, Physiologie, allgem. und exp. Pathologie, pathol. Anatomie, Therapie.

Schein, M. Versuche über die Regeneration der Epidermis. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 14. 1910.

Verfasser rieb sich die Hand an verschiedenen Stellen des Körpers gleichzeitig mit 10% Arg. nitr.-Lösung ein und fand, daß die Ablösung der mit der Lösung imprägnierten Epidermisschichten gleichzeitig nach 12—15 Tagen erfolgt. Er schließt daraus, daß die Regeneration der Epidermis einheitlich und gleichzeitig erfolgt. Alfred Roth (Budapest).

Pinkus. Über eine noch nicht beschriebene Art menschlicher Kopfhaare, Bajonetthaare. Dermat. Zeitschr. 1910. p. 253.

Die beschriebenen Haare, die Pinkus auf beinahe jedem Kopfe findet, unterscheiden sich von den gewöhnlichen Haaren dadurch, daß ihre Spitze nicht einen einfachen Ausläufer des Schaftes darstellt, sondern daß auf eine dünne fadenförmige Spitze zunächst eine spindelförmige Verdickung folgt, worauf sich das Haar noch einmal zu einem längeren Hals verdünnt und erst dann einen normal gebildeten Haarschaft erkennen läßt. In manchen Fällen folgen auch zwei Spindeln aufeinander. Die Spitze selbst ist oft umgebogen und verdreht. Ein besonderer Fundort ist die Gegend des Hinterhauptes bei beginnender Kahlheit, woselbst die Haare durch ihre wellige Form auffallen. Fritz Porges (Prag).

Wunsch, M. Eine seltene Anomalie in der Färbung des Kopfhaares. Berliner klin. Wochenschr. 1910. Nr. 18. p. 832.



Verfasser demonstriert einen 7jährigen Knaben, der schwarzes Kopfhaar besitzt, mit 5 etwa 5 Markstück-großen Inseln rötlichen Haares dazwischen. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Freund, Walter. Über eine klinisch bemerkenswerte Form der Kopfbehaarung beim Säugling. Monatsschr. f. Kinderheilkunde. 1910. Bd. IX. Orig. p. 62.

Verf. beobachtete bei einer Reihe von Säuglingen einen Typus des Haarwachstums, den er als kammartigen Haarschopf bezeichnet und der stets in Verbindung mit Symptomen der exsudativen Diathese anzutreffen ist. Dieser Haartypus findet sich schon in den ersten Lebenswochen und besteht darin, daß die in der Parietalgegend stehenden Haare sich nach vorn oben und in der Mitte des Kopfes aufzurichten beginnen.

Die weitere Entwicklung geht nun bei extremen Fällen in der Weise vor sich, daß die Haargrenze weit nach dem Scheitel hinaufrückt, allerdings fehlt hier die Behaarung nicht, sondern ist nur stark verkümmert. Dasselbe gilt von den Haaren im Bereiche des ganzen Hinterhauptes, das nahezu kahl aussehen kann, sowie in etwas geringerem Grade von denen der seitlichen Schädelpartien.

Mächtig angewachsen ist dagegen die Behaarung in der Mitte des Kopfes, von der ein umfangreicher, von den Seiten her sich verstärkender und verbreitender Schopf langer weicher Haare nach vorn aufsteigt, um dann kammartig nach oben und hinten umzubiegen. Ein zweiter, nicht so voluminöser Schopf findet sich in der Grube unterhalb der Protuberantia occipitalis externa, gleichfalls Zuzug erhaltend von den seitlichen Nackengegenden unmittelbar oberhalb der hinteren Grenze.

Karl Leiner (Wien).

Branca. Bemerkungen zur Struktur des Haarfollikels. Annales de Dermatol. et de Syphiligr. 1910. H. 4. p. 184.

Für Referat ungeeignet. Max Winkler (Luzern).

Nasarow, G. Ein seltener Fall von Abweißen der Haare mit konsequenter Regeneration des Pigments. Therapewtitsch. Obosrenije 1910. Nr. 4.

Ein Vortrag über diesen Fall wurde in der Odessaer Dermatologischen Gesellschaft am 28./X. 1909 gehalten.

P. A. Welikanow (Petersburg).

Stieda, L. Königsberg. Das Haarpigment und das Ergrauen. Wiener medizin. Wochenschr. 1910. Nr. 13.

Als Ergebnis seiner Untersuchungen stellt der Autor folgende Sätze auf: 1. Fälle von plötzlichem Ergrauen sind mit Sicherheit nicht beobachtet. 2. Beim physiologischen Ergrauen handelt es sich um einen Haarwechsel.

Viktor Bandler (Prag).

Solger. Rostock. Die bevorzugte Hautfärbung bestimmter Körperteile als Produkt der Selektion. Klinisch-therapeutische Wochenschr. 1910. Nr. 16.

Solger sieht im Pigment ein Schutzorgan gegen die chemischen Lichtstrahlen und des Lichtes wegen finden wir die ihm zugekehrte Seite



stärker pigmentiert. Ebenso erwiesen ist es, daß die schädliche Wirkung des Lichtes in erster Linie den ultravioletten Strahlen zukommt und daß der Pigmentschutz zu ihrer Abwehr dient und nicht etwa gegen die Wärme gerichtet ist. Wenn man beobachten kann, daß Körperteile, die für die Erhaltung des Individuums und der Art von hoher Bedeutung sind, stets auffallend pigmentiert sind, so kann man sich vorstellen, daß diese Pigmentierung von dem Schutz abzuleiten ist, den sie ihnen gegen die schädliche Wirkung des Lichtes bietet. Wo immer anderweitige Faktoren bestrebt gewesen sind, an dem Farbenbilde aus Gründen lokaler Anpassung zu modeln, stets machte die weitere Rückbildung des Pigments vor jenen Organen Halt, dessen Überschreiten auf die Dauer dem Fortbestehen der Art Gefahr bringen mußte. Nach Solger ist die Pigmentierung der Bedeutung der einzelnen Körperteile proportional.

Viktor Bandler (Prag).

Königstein, H. Wien. (Abteilung Ehrmann.) Über die Beziehungen gesteigerter Pigmentbildung zu den Nebennieren. Wiener klin. Wochenschr. 1910. Nr. 17.

Das Resultat seiner Untersuchungen faßt der Autor in folgende Sätze zusammen: Als neues Symptom an nebennierenlosen Tieren hat Königstein durch seine Versuche die Fähigkeit der Haut zur Pigmentbildung konstatiert. Zugleich wurde für den auf Grund klinischer Betrachtungen vermuteten Zusammenhang zwischen Nebenniere und Pigmentbildung eine experimentelle Stütze gefunden, doch sind zur weiteren Klärung dieser Frage noch andere Versuche notwendig.

Viktor Bandler (Prag).

Wright, Jonathan. Die kontraktilen Elemente im Bindegewebe. II. Die elastischen Fasern der Nasenschleimhaut. New-York Med. Journal 1910. April 9. p. 729.

Wright benutzte für seine Untersuchungen Weigerts Resorzin-Fuchsin in der Modifikation von Hart (Zentralblatt f. Pathol. 1908) und Münster (dieselbe Zeitschrift 1909. Juli 15). Er schließt: Beim Neugeborenen existiert das elastische Material in der Nasenschleimhaut in einem feinen Netzwerk von Fasern. Später erscheinen gröbere Fasern. Tritt Atrophie oder Ödem ein, so wird zunächst das wertlose unwirksame Material von elastischem Gewebe resorbiert und zuletzt die feinen Fasern. Das granulöse Elastin hat im ausgebildeten Gewebe wahrscheinlich seinen intrazellulären Ursprung.

Frit Juliusberg (Posen).

Wright, Jonathan. Die kontraktilen Elemente im Bindegewebe. III. Die glatten Muskelzellen. Ihr Ursprung und ihr Bau. Ihre Biogenese und ihre Dynamik. New-York Med. Journal 1910. April 30. p. 887.

Wir müssen es uns versagen, ausführlich auf die wichtigen Bemerkungen Wrights einzugehen, da diese zum kurzen Referat nicht geeignet sind. Die vorliegende Arbeit behandelt die in der Überschrift angegebenen Punkte bezüglich der glatten Muskulatur mit sorgfältiger kritischer Berücksichtigung des in der Literatur bekannten.

Fritz Juliusberg (Posen).



White, Charles J. Boston. Das elastische Gewebe der Haut. Journ. cut. dis. XXVIII. Nr. 4 u. 5.

Das elastische Gewebe entsteht immer in Verbindung mit dem Bindegewebe u. zw. in der Mitte des sogenannten Exoplasma (des Mesenchyms). Elastin kann bereits in der Aorta von 4 *cm* l. Embryonen gefunden werden (Kochen in 1% Essigsäure oder KHO und Färbung mit Magenta). Mit Weigerts Methode kann es erst bei Embryonen von 26 *cm* Länge konstatiert werden.

Das elastische Gewebe wirkt der Schrumpfung des Bindegewebes entgegen, ebenso der Drehung, Streckung und dem Druck auf die Haut. Es schützt Nerven, Gefäße und Drüsen der Haut. Das Elastin ist in jedem Teile normalen Koriums vorhanden und in allen Hautanhängen, doch hat es W. nie in der Epidermis selbst konstatiert.

Saures Orcein mit einer Kernfärbung ist die beste Elastinfarbe, weil es sehr elektiv ist und die verschiedenen Phasen, welche das elastische Gewebe passiert, differenziert. Für die Darstellung des Elacin scheint die einfache Hämatoxylin-Eosinfärbung die einfachste und beste.

Körperregion, Alter und Beschäftigung beeinflussen die Beschaffenheit des elastischen Gewebes und sollen bei der Untersuchung desselben berücksichtigt werden. Krankheit, Senilität, Entblößung und lange und häufige Sonnen- und Windexposition vermögen schwere Störungen des elastischen Elementes herbeizuführen. Krankheit bringt selten Vermehrung, meist Verminderung des elastischen Gewebes um 5—95% zu stande. Elastin widersteht dem Druck, aber unterliegt chemischen, toxischen Schädigungen.

Es verschwindet aus dem Granulationsgewebe, doch kehrt es mit dem neuen Bindegewebe wieder; es verschwindet mit dem Fortschreiten malignen Geschwulstgewebes; doch werden Fragmente von Elastin oder Elacin von den Epithelialzellen umgeben und eingeschlossen. Die X-Strahlen bewirken, außer bei Infiltration oder Ulzeration, Vermehrung des Elastins; Gefäßverschluß dagegen erzeugt Verminderung oder Verlust desselben.

Basophile Veränderungen des Elastins treten nicht immer in den Zentren der Bündel ein (nach Unna). Elacin wird meistens bei Leuten nach dem mittleren Alter und an entblößten Flächen gefunden, doch kann es auch in der Jugend erscheinen.

Elacin wurde von W. in 7% der von ihm untersuchten Dermatosen u. zw. namentlich bei Entzündungen und Neubildungen gefunden.

Rudolf Winternitz (Prag).

Kreibich, C. Prag. Leukozytendarstellung im Gewebe durch Adrenalin. Wiener klin. Wochenschr. 1910. Nr. 19.

Kreibich brachte in Lösungen von Suprarenin und Epirenan (0·1 : 100,00) Gefrierschnitte von unfixierter sowie in Formol fixierter Haut eines Lupus, eines Granulom etc. Die Schnitte färben sich nach einigen Minuten rötlich, beim Schütteln geht die rote Farbe in die Flüssigkeit über; die Veränderung tritt auch noch auf, wenn man die Adrenalinlösung mehrmals erneuert. Durch mehrere Minuten gekochte Schnitte erzeugen diese



Farbenreaktion nicht mehr. Verbleiben die Schnitte in den Flüssigkeiten bei einer Temperatur von 37°, aber auch bei Zimmertemperatur, so tritt nach 1—2 Stunden eine Braunfärbung von Zellen auf, und zwar färben sich zunächst die Granula der eosinophilen Zellen, werden gelbrötlich, dann braun, schließlich braunschwarz, endlich schollig, ähnlich wie bei Silberimprägnation. Die Färbung betrifft ausschließlich sämtliche Granula, der Kern bleibt ungefärbt; in gelungenen Präparaten sieht man um die eosinophilen Zellen einen diffus bräunlichen Hof. In Aufstrichpräparaten von Blut einer myeloiden Leukämie gelang die Reaktion bis jetzt nicht; vorläufig ist als Ergebnis für die Histologie eine einfache Darstellung granulierter Leukozyten im Schnitte gegeben.

Viktor Bandler (Prag).

Strouse, S. Eine schnelle Färbung für Gefrierschnitte. The Journal of the Americ. Med. Association 1910. Mai 14. p. 1614.

Die Farbe, die Strouse zur Färbung von Gefrierschnitten empfiehlt, wird folgendermaßen hergestellt: Eine gesättigte wässerige Lösung von reinem Thionin wird hergestellt und nach einigen Stunden filtriert. Gleiche Teile des Filtrats werden mit gleichen Teilen einer 2%igen Phenollösung gemischt. Fritz Juliusberg (Posen).

Forbes. Entstehung und Entwicklung der Fremdkörper-Riesenzellen. Journal of Medical Besearch 1909. p. 45.

F. benützte Kaninchen zu seinen Versuchen, welchen er Agar einspritzte. In der Umgebung der Einspritzungen bildeten sich Exsudate, die aus Rund- und Gefäßendothelzellen bestanden. Die letzten proliferierten in den Gefäßen sowohl, wie auch perivaskulär. In diesen Stellen der Exsudation bildeten sich die Riesenzellen. (Irgendwelche Aufklärung der Frage fehlt vollständig.) Heimann (New-York).

Unna und **Golodetz.** Zur Chemie der Haut. VI. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. L.

Ergebnisse: Nilrot, Rongalitweiß und Chrysophangelb sind Hautreagentien u. zw. in flüssiger Form für die Hornschicht, die ersteren auch in Form von Reagenzpapieren für die Hautsekrete. Nilrot, eine die Nilblaubase enthaltende Paraffinmischung, zeigt durch Umschlag in Blau schon die Gegenwart schwacher Säuren an und ist daher zum Nachweis der Azidität der Hornschicht geeignet. Chrysophangelb, eine Lösung von Nitrochrysophansäure in Paraffinmischung, zeigt durch Umschlag in Rot die Gegenwart eines reduzierenden Körpers an und ist daher zum Nachweis des Reduktionsvermögens der Hornschicht geeignet. Rongalitweiß, eine wässerige Lösung von Methylenweiß und Rongalit, zeigt durch Umschlag in Blau die Gegenwart eines reduzierenden Körpers an und ist daher zum Nachweis der Oxydation der mit Schweiß imbibierten Hornschicht geeignet. Als Indikationen für den (in der Regel saueren) Schweiß eignen sich blaues Lackmus- und rotes Phenolphthaleinpapier. Zum Nachweise des Oxydationsvermögens des Schweißes eignet sich das Rongalitweißpapier. Das Reduktionsvermögen der Hornschicht geht parallel ihrer Azidität. Die auf die Haut sezernierte Ölsäure des Schweißes nimmt in



Berührung mit der Luft ein ausgesprochenes Oxydationsvermögen an; hierauf beruht das Oxydationsvermögen des Schweißes.

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna und **Golodetz**. Zur Chemie der Haut. VII. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. LI.

Die Untersuchungen der Autoren über die Oxydation des Chrysarobin auf der menschlichen Haut hatten folgende Ergebnisse: Die spektroskopische Untersuchung ist ein gutes Mittel, um die Oxydation des Chrysarobin, welche sich in Chrysarobinsalben und anderen Chrysarobinpräparaten auf der Haut spontan bildet, zu erkennen. Alkalifreie Chrysarobinpräparate bilden auf der Haut Oxychrysarobin (verwaschene Streifen im Grün und Gelb) durch das normale Vorhandensein von Ölsäure auf der Haut, welche an Hohlhand und Fußsohlen lediglich aus den Ölsäuretröpfchen der Knäueldrüsen stammt; die oxydierende Wirkung der letzteren beweist die Bläuung von Rongalitweiß in Hautschnitten. An anderen Körperstellen, besonders im Gesicht, stammt die Chrysarobin oxydierende Ölsäure aus den Knäuel- und Talgdrüsen. Die durch Reduktion von Osmiumsäure und durch Oxydation von Rongalitweiß auf Hautschnitten entstehenden Ölsäurebilder stimmen völlig überein. Die Topographie der Chrysarobinoxydation auf der menschlichen Haut ist die der Ölsäureproduktion derselben.

Ludwig Waelsch (Prag).

Ellis, L. Erasmus. Einige Hautkrankheiten vom Standpunkte des praktischen Arztes. The Practitioner. Juni 1910.

Enthält nichts Neues.

Wilhelm Balban (Wien).

Hamner, George P. „Dunkle Hautkrankheiten, die zuweilen dem Praktiker begegnen." American Journal of Dermatology. 1910. Nr. 6.

Nichts Neues.

Max Leibkind (Breslau).

Fordyce, J. A. Die Beziehung des Nervensystems zu den Krankheiten der Haut. New-York Med. Journal 1910. Juni 4. p. 1145.

Fordyce kommt in dem ausführlichen Aufsatze über die Beziehungen des Nervensystems zu den Krankheiten der Haut zu folgenden Schlüssen: Wir können den Einfluß des Nervensystems auf das Hervorrufen von Hautkrankheiten in der Tatsache zusammenfassen, daß von den höheren Zentren im Gehirn aus in der Haut durch die peripheren Nerven reflektorische, zirkulatorische und trophische Störungen ausgelöst werden, von denen einige typisch sind, andere an solche Beziehungen denken lassen. In dem einen Falle ist der ätiologische Faktor allein vorhanden und spezifisch, in dem anderen ist der nervöse Finfluß nur einer der verschiedenen Ursachen, die wir heute noch nicht exakt feststellen können.

Das Nervensystem ist direkt beteiligt bei Sensibilitätsstörungen, wie Hyperästhesien, Anästhesien und Parästhesien. Die Ganglien der hinteren Wurzeln und die ihnen analogen Ganglien Gasseri und geniculatum verursachen höchst charakteristische Hautveränderungen, veranlaßt durch primäres Befallensein der Nerven. Ihnen nahe stehen die Hautveränderun-

gen bei Syringomyelie; die Zustände, welche gewissen Erkrankungen der peripheren Nerven bei Lepra folgen, und andere Formen der Neuritis.

Das Nervensystem wirkt als prädisponierende oder mitbeteiligte Ursache bei Ekzem, Dermatitis herpetiformis, Lichen planus, Pemhigus etc. dadurch, daß der Nerventonus herabgesetzt wird. Physischer Shock, geistige Anspannung, Überarbeitung sind Zustände, die unter solchen Bedingungen mitwirken.

Hysterie führt zu Selbstverstümmlung, zu Sensibilitätsstörungen und möglicherweise auch zu spontaner Blasenbildung und zu Gangrän.

Es ist möglich, daß das Nervensystem durch den Sympathikus und das mit dem Sympathikus in Beziehung stehende chromaffine Gewebe Beziehung zu gewissen Pigmentveränderungen und leukodermatischen Zuständen hat. Fritz Juliusberg (Posen).

Hutchinson, Jonathan. Paläogenese als Erklärung für gewisse Krankheitsformen. The Brit. med. Journ. 1910. April 23. pag. 980.

Als paläogenetisch bezeichnet Hutchinson die Zustände, die aus einer so weit zurückliegenden Periode vererbt sind, daß in der Majorität der Fälle die Kenntnis dieses Zusammenhanges verloren gegangen ist. Die Möglichkeiten dieser Paläogenese sind nicht auf Spezies oder Genus beschränkt, sondern können auch zwischen ganz entfernten Tierklassen bestehen. Hutchinson hat schon früher (diese Zeitschrift, 1909, Jan. 9., p. 85) diese Deutung zur Erklärung des Leucoderma colli angewendet. Nach seiner Ansicht handelt es sich bei dem Leucoderma syphiliticum nicht um das Auftreten einer neuen Eruption, sondern um das Sichtbarwerden eines Zustandes, der überhaupt auf der Haut schon vorher existiert. Dieser Zustand der „getüpfelten" Haut findet sich ständig bei Pferden und Hirschen und ist nichts der menschlichen Haut eigentümliches. Auch in dem Sichtbarwerden dieses Zustandes kommen bei den Tieren Schwankungen vor: Das getüpfelte Pferd ist entweder braun oder grau und nur bei guter Fütterung zeigt es seine Tüpfelung. Es scheint, als ob das Sichtbarwerden dieser Zustände begünstigt wird durch den Gebrauch von Arsenik und es scheint, daß Blutveränderungen bei sekundärer Syphilis oder die gebrauchten Medikamente von Einfluß sind. Hutchinson dehnt seinen Erklärungsversuch auch auf das Xanthoma palpebrarum, auf die ichthyotischen Naevi, auf die Ichthyosis herpetiformis, auf die Streifen Bietts aus. Sowohl bei Mensch wie bei Tier wird der getüpfelte Zustand bei gewissen Jahreszeiten deutlicher. Der Sikahirsch von Formosa, wie der von Japan, ist nur im Sommer getüpfelt. Die Weiße der Flecken und ihr Kontrast mit dem dunkleren Grund ist viel weniger deutlich als bei anderen Hirschen, welche, wie z. B. der Axishirsch, die sichtbare Tüpfelung das ganze Jahr über zeigen. Eine Dame wies an den Händen und Unterarmen weiße Flecke auf, die im Januar kaum zu sehen waren; im Sommer sollten sie viel deutlicher sein. Das einfachste Beispiel der Paläogenese ist die dunkle Linie in der Mitte des Bauches bei zum ersten Mal Graviden. Sie ist offenbar die Bauchlinie, die man bei vielen Vier-



füßlern kennt und die bei der Frau unter den Pigmentstörungen sichtbar wird, die die Schwangerschaft mit sich bringt.

Es ist nicht zu bezweifeln, daß paläogenetische Einflüsse jede Faser unseres Körpers beeinflussen. Wir sind körperlich wie geistig die Erben aus allen Altern der Erde. Fritz Juliusberg (Posen).

Gottheil, William. Einige dermatologische „Manien und Phobien". New-York Med. Journal 1910. März 26. p. 628.

Gottheil äußert sich zunächst über die Syphilophobie, die außerordentlich verbreitet ist. Er erinnert an die Patienten, die jede kleine Pustel oder Papel für syphilitisch halten und schwer zu überzeugen sind. Dieses reichliche Vorkommen der Syphilophobie ist um so unbegründeter, als die Syphilis immer milder verläuft, sei es dadurch, daß die Virulenz der Pallida abgeschwächter ist, sei es daß der Boden für die Infektion sich geändert hat, sei es durch die Verbesserung der Behandlung. Er erlaubt den Patienten, die drei Jahre genügend behandelt sind, in einem weiteren Jahre, unbehandelt, frei von Erscheinungen blieben, die Heirat und er hatte dieses Vorgehen nie zu bereuen. Sehr verbreitet ist in den vereinigten Staaten die Lepraphobie. Trotzdem wir heute wissen, wie viel weniger gefährlich der Lepröse für seine Umgebung ist, als man früher annahm, ist doch die rigorose Isolierung der Leprösen geblieben. Die genannten Phobien sind die wichtigsten, aber damit ist das Gebiet noch nicht erschöpft. Eine relativ verbreitete betrifft den persönlichen Geruch. In solchen Fällen wird der Psychiater wahrscheinlich eine tiefere Begründung der Manie finden. Fritz Juliusberg (Posen).

Boccia, D. Tätowierung bei Gewohnheitsverbrechern. La Med. ital. Nr. 10. 10. April 1910.

Boccia gibt einige historische Daten über die Sitte des Tätowierens, weist auf die Häufigkeit der verschiedenen Arten von Tätowierungen bei Verbrechern hin und kommt zu dem — fast allgemein anerkannten — Schlusse, daß Tätowierung und psychische Schwäche in inniger Beziehung zu einander stehen, daß alle diejenigen als abnorm anzusehen sind, die sich bei den zivilisierten Völkern freiwillig tätowieren lassen.

J. Ullmann (Rom).



Geschlechts-Krankheiten.

Ulcus molle.

Müllern-Aspregen, Stockholm. Zinkperhydrol bei der Behandlung von Ulcus molle. Dermat. Zentralblatt 1910. Nr. 7.

Müllern-Aspregen hat die schnellsten Erfolge mit Chlorzinkätzung (aa. mit Spirit) und Einpulverung mit Zinkperhydrol gehabt. Die Geschwüre waren nach durchschnittlich 5 Tagen gereinigt (Europhen 5·84, Kalomel 5·14, Jodoformogen 6·82 Tage). In fast 90% der Fälle genügte eine einmalige Chlorzinkätzung. Die vollständige oder fast vollständige Heilung war in durchschnittlich 11 Tagen erreicht. (94 Fälle.) Zinkperhydrol ist weiß, geruchlos und reizt nicht. Rudolf Krösing (Stettin).

Tschumakow. Über die Anwendung der Sozojodolpräparate bei venerischen Geschwüren. Fortschr. der Medizin 1910. Nr. 6.

Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Sozojodolpräparate sind wertvolle, sogar spezifische Mittel bei der Behandlung der venerischen Geschwüre, und zwar hat sich vor allen Sozojodolpräparaten das Natrium sozojodolic. als das beste erwiesen.

Max Leibkind (Breslau).

Haslund, Otto. Über Bubonenbehandlung nach der Mehode von Arning. Hospitalstidende 1910. Nr. 5. p. 137—140.

14 Fälle von Bubo inguinalis wurden nach Arning (Punktur, Ausspritzung mit 5% Karbollösung, Injektion von 10% Jodoformglyzerin, Jodoformgaze-Heftpflasterverband) behandelt. 7 wurden schon im Laufe von 14 Tagen geheilt, 3 binnen 22 Tagen; 2 Fälle wurden resp. in 31 und 34 Tagen geheilt. Nur in 2 Fällen konnte die Behandlung in dieser Weise nicht durchgeführt werden; es wurden größere chirurgische Eingriffe notwendig (Dauer 91 und 125 Tage). Diese Resultate sind viel besser als die früher mit Inzision und Ausräumung erreichten.

Harald Boas (Kopenhagen).

Ruggles, Wood. Eine neue Methode der Behandlung phagedänischer Schanker mit heißer Luft. New-York Med. Journal 1910. Jan. 22. p. 169.



Die keineswegs neue Methode Ruggles' besteht in der Behandlung phagedänischer weicher Schanker mit heißer Luft. Es wird über eine Anzahl derartiger Fälle berichtet und die Konstruktion des Heißluftapparates beschrieben. Fritz Juliusberg (Posen).

Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Asch, Paul. Die Tuberkulose und die Tuberkulinose des Hodens. Zeitschrift für Urologie. 1909. Bd. III. Heft 8.

Um den Einfluß der mit der arteriellen Blutbahn in den Hoden gelangenden Tuberkelbazillen und des Tuberkulins festzustellen, hat Asch in die Arteria spermatica interna von Hunden Injektionen ausgeführt. Freilegung der Arterien im Leistenring; zur Vermeidung der sekundären Infektion nachherige Unterbindung, wodurch kein nachteiliger Einfluß auf den Hoden stattfinden soll. Die Injektion von Tuberkelbazillen rief starke Profiferation der Samenkanälchenzellen mit Spermatogenese und Bindegewebsneubildungen hervor (abgesehen von Tuberkeln und Nekrose). Von besonderer Bedeutung war auch die durch Tuberkulin erzeugte Sklerosenbildung in den Hoden. Es gibt also eine primäre Sklerose des Hodens, welche auf den Einfluß der mit dem Blut in den Hoden gelangenden Stoffwechselprodukte zurückzuführen ist. Auch die erotischen Exzitationsstadien der Phthisiker treten dem Verständnis jetzt näher. (Proliferation der Samenkanälchenzellen.) Die ausschließlich syphilitische Natur der Orchitis fibrosa ist nicht haltbar, viele andere Infektionskrankheiten, insbesondere Tuberkulose, können dasselbe Bild hervorrufen. Ein Kontrollversuch mit Bacterium coli rief auch Proliferation der Samenkanälchenzellen hervor. Loewenhardt (Breslau).

Kraemer. Felix. Tuberkulin und Nierentuberkulose. Zeitschrift für Urologie. 1909. Bd. III. Heft 11.

Kraemer berichtet einen Fall von Nierentuberkulose, bei dem nach etwa halbjähriger Behandlung mit Tuberkulin die Nephrektomie ausgeführt wurde und keine anatomischen Befunde von Heilungsvorgängen sich vorfanden. Im Gegenteil konnte man auch in den makroskopisch noch nicht veränderten Partien frische Tuberkeln erkennen. Im ganzen wurden 33 Injektionen gemacht und von 1 Dezimilligramm auf 8 Milligramm gestiegen. Loewenhardt (Breslau).

Lindner, K. Wien. Zur Ätiologie der gonokokkenfreien Urethritis. Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 8.

In frischen Fällen von Urethritis non gonorrhoica läßt sich ein Befund erheben, der morphologisch mit dem für Trachom spezifischen vollständige Übereinstimmung zeigt. Man findet Zelleinschlüsse vom

typischen Aussehen der Prowazekschen Gebilde, die von Lindner beschriebenen Initialformen, ferner im Protoplasma einzelner Zellen zerstreut zahlreiche, rote, scharf begrenzte Körnchen von verschiedener Größe. Nach Analogie der Verhältnisse im Auge ist es wahrscheinlich, daß die Zellen mit Prowazekschen Einschlüssen vom hinteren, mit Zylinderepithel ausgekleideten, die den Pannuszellen analogen Epithelien vom vorderen, mit Pflasterepithel versehenen Teil der Urethra stammen. Das Vorkommen von Prowazekschen Einschlüssen im Genitale der Frau, der gleiche Befund bei Urethritis non gonorrhoica, die entsprechenden positiven Überimpfungen von der Einschlußblennorrhoe, von der Vagina, von der Urethritis non gonorrhoica auf den Affen, schließen nach Lindner die Beweiskette, die diese Erkrankungen als durch dasselbe Virus hervorgerufen, verknüpft. Viktor Bandler (Prag).

Stein, R. Bern. Induratio penis plastica und Dupuytrensche Kontraktur. Wiener klinische Wochenschr. 1909. Nr. 52.

Als Ergebnis der Arbeit stellt Stein folgenden Satz auf: Die Beobachtung einer plastischen Induration und Dupuytrenscher Kontrakturen der Plantar- und Palmaraponeurosen bei einem gichtfreien Individuum ist ein Beweis für die klinische und anatomische Zusammengehörigkeit der genannten sklerosierenden Faszitiden, deren gemeinsame Ursache uns zwar derzeit noch unbekannt, aber nach des Autors Erachtens nicht in der Gicht zu suchen ist. Viktor Bandler (Prag).

Kafemann. Über Aphrodisiaca. München. med. Wochenschr. 1910. Nr. 7.

Kafemann bringt eine interessante Abhandlung über die Aphrodisiaca. Die Ausführungen, die die ganze Entwicklung der Lehre von den aphrodistischen Mitteln behandeln, sind nicht zu kurzem Referate geeignet und daher im Original nachzulesen.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Abraham, O. Berlin. Neuere Versuche mit Hefebehandlung des weiblichen Fluors. Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1910. Bd. XXXI.

Getrocknete obergärige Bierhefe zusammen mit Bolus alba, Rohrzucker, Magnesium sulfuricum, Natrium phosphoricum, Natrium und Kalium carbonicum (im Handel als Xerasepulver Riedel), in Pulverform in Vagina und Cervix gebracht, entfaltete heilende Wirkung bei gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Vaginal- und Cervicalkatarrhen.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Courtade, Denis. Über Neuralgien des Genitourethraltraktes und ihre elektrische Behandlung. Annales d'Electro biologie et de Radiologie. 1910. Nr. 1.

Gründliche Studien neuralgischer Beschwerden an den einzelnen Abschnitten des männlichen und weiblichen Urogenitalsystems und Ausführungen über Elektrizitätstherapie vermittelst Hochfrequenzströmen, Galvanisation und Jonisation. Zu kurzem Referat ungeeignet.

Alfred Jungmann (Wien).



Wegele. Über den Zusammenhang zwischen Affektionen der Zentralorgane mit Störungen der Magen- und Darmverdauung. Med. Klinik. Nr. 1. 1910.

Wegele zählt alle die Krankheitsursachen auf, wo Verdauungskrankheiten als Folge von Erkrankungen der Genitalorgane vorkommen. So findet man nicht selten in den Entwicklungsjahren Zustände, welche an Chlorose erinnern und die sich nachher als Folgen der Onanie erweisen. Hierher gehören ebenfalls die Verdauungsstörungen zur Zeit der Menses und Schwangerschaft. (Hyperemesis gravidarum!) Daß Exzesse in venere ungünstig auf die Magen- und Darmtätigkeit einwirken, ist eine bekannte Tatsache, ebenso wie die Gonorrhoe, ob akut oder chronisch, Dyspepsien hervorrufen kann. Rechnet man hierzu noch das große Heer der Genitalerkrankungen der Frau, die zu Verdauungsstörungen Anlaß geben, so muß man dem Autor recht geben, wenn er sagt, daß man bei Erkrankungen des Magens und des Darms nach den eben genannten Ursachen fahnden muß. Ludwig Zweig (Dortmund).

White, Sinclair. Über Ureterensteine, über die Methoden ihrer Beseitigung und über zwei erfolgreiche Fälle von transperitonealer Ureterolithotomie. The British Med. Journ. 1910. Jan. 1. p. 1.

White erörtert ausführlich die Diagnose der Ureterensteine. Erst die Röntgendiagnostik gestattet eine sichere Feststellung derselben. Durch die X-Strahlen ist festgestellt, daß in den Uretern noch häufiger Steine vorkommen, wie in den Nieren. Primäre Steine in den Ureteren sind selten, sie bilden sich um Fremdkörper, an ulzerierten Oberflächen und sind gewöhnlich Phosphatsteine. Die meisten Ureterensteine stammen aus dem Nierenbecken, die meisten derselben gehören zur Harnsäuregruppe, sind oval und ganz glatt. Eine Minderheit besteht aus Oxalaten. Die Operation kann auf verschiedenen Wegen von statten gehen. White berichtet über zwei eigene Fälle, wo auf transperitonealem Wege operiert wurde. Zwei schöne Röntgenbilder vervollständigen die Ausführungen. Fritz Juliusberg (Posen).

Wachenheim, F. L. Enuresis. New-York Med. Journal. 1910. Feb. 5. p. 277.

Im vorliegenden Artikel diskutiert Wachenheim über die verschiedenen Ansichten über das Wesen der Enuresis. Er reiht im Gegensatze zu den meisten Autoren die Enuresis unter die Tics ein aus folgenden Gründen: Erstens spricht dafür das unleugbare Moment der Gewöhnung, zweitens das kontinuierliche Auftreten, drittens das gleichzeitige Vorkommen von anderen Tics, viertens das Alter ihres Auftretens. Dementsprechend sind auch seine Auffassungen über die Behandlung. Die erfolgreichste ist nach seiner Auffassung und nach seiner Erfahrung die von Brissaud empfohlene erziehende Methode. Als Unterstützungsmittel gibt er Atropin, aber in großen Dosen; die kleinen sind wertlos. Die Prognose ist davon abhängig, in welchem Alter die Therapie einsetzt, wie bei den anderen Tics. Fritz Juliusberg (Posen).



Stoevesandt, K. Darstellung von Urinzylindern mittelst des Tuscheverfahrens. Dtsch. med. Woch. Nr. 52. 1909.

Stoevesandt erprobte das von Burri empfohlene Tuscheverfahren sowohl für die Darstellung der Spirochaete pallida als auch zur Erkennung der wenig lichtbrechenden hyalinen und Schleimzylinder im Urinsediment. Das Verfahren ist folgendes: 1 *ccm* Grüblersche Mikroskopiertusche + 9 *ccm* Aq. dest. werden mehrere Tage sterilisiert, einige Tropfen Chloroform oder 0·5% Karbolsäure hinzugefügt, ein Tropfen davon auf den Objektträger gebracht, das Urinsediment mit der Platinöse hinzugemischt, nach Trockenwerden unter dem Deckglas mikroskopiert. Auf dem dunklen Tuschegrunde erscheinen alle korpuskulären Elemente leuchtend weiß, Schleim, Zylinder und andere Harnbestandteile sind leicht zu unterscheiden. Da die Zellkerne farblos bleiben, so kann man sich über die Zellarten nur orientieren, wenn man das Präparat beim Eintrocknen ohne Deckglas mit enger Blende betrachtet. Eine Färbung der Erythrozyten läßt sich eventuell durch Zusatz von 1% wässeriger Eosinlösung erzielen, andere Kernfarbstoffe verträgt die homogene Tusche nicht, ohne körnig zu werden. Max Joseph (Berlin).

Schmid, H. Beitrag zum Studium der Malakoplakie der Harnblase. Revue médicale de la Suisse romande. 1909. p. 757.

Über drei im pathologischen Institut Genf zur Autopsie gekommene Fälle von Malakoplakie berichtet Schmid. Er kommt unter Beiziehung der in der Literatur verzeichneten Fälle zu folgenden Schlußfolgerungen:

Die Malakoplakie ist eine makroskopisch und mikroskopisch gut charakterisierte Affektion. Mikroskopisch ist vor allem das Vorhandensein von großen Zellen charakteristisch, die wahrscheinlich von Fibroblasten oder Plasmazellen abstammen. Es können ferner, wenn auch nicht immer, Körperchen teils in Zellen eingeschlossen, teils im freien Zustande konstatiert werden, die später mit Eisen oder Kalk imprägniert werden. Die Malakoplakie ist eine entzündliche Affektion. Es gibt daneben eine Pseudomalakoplakie, die tuberkulöser oder wie beim dritten Falle des Verf. akut entzündlicher Natur ist.

Zur Ergründung der Ätiologie sind weitere bakteriologische Studien, besonders Kulturen und Inokulationen, vorzunehmen.

Max Winkler (Luzern).

Du Bois. Spontane staphylogene Orchiepididymitis mit Schwund des Testikels. Revue médicale de la Suisse romande. 1909. p. 800.

Bei einem 20jährigen Manne beobachtete du Bois eine akute Epididymitis mit Orchitis, die zur Vereiterung, Inzision und Verlust des Organs führte. Der Eiter enthielt den Spaphycoccus pyogenes aureus in Reinkultur. Der Urin war trüb und enthielt ebenfalls Staphykokken in Reinkultur. Eine venerische Infektion war nicht vorangegangen. Patient will noch nie einen Geschlechtsverkehr gehabt haben.





Du Bois nimmt eine aszendierende Infektion des Testikels von der kranken Blase aus an. Die Frage, wie die spontane Infektion der Blase entstanden sei, läßt er offen. Max Winkler (Luzern).

Vogel, Julius. Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. Dtsch. med. Woch. Nr. 10. 1910.

Nach der Demonstration verschiedener Harnscheider, welche sich unpraktisch erwiesen, da sie stets eine Arbeit im Dunkeln erfordern, empfiehlt Vogel den Harnleiterkatheterismus als die allein einwandfreie Methode, um den Harn beider Nieren getrennt zu erhalten. Ist diese exakteste Untersuchung aber nicht ausführbar, so suche man zunächst durch Palpation, Perkussion, chemische und bakteriologische Untersuchung die Diagnose klarzustellen. Es folge die Kystoskopie, welche bei gleichzeitiger Injektion von Indigkarmin Schlüsse auf die Funktionsfähigkeit beider Nieren ermöglicht, dann die Phloridzinprobe, die Kryskopie von Harn und Blut. Wiederholte ungünstige Resultate bei der letzteren sind ein dringender Grund von der Operation abzustehen. War keine Kystoskopie möglich, so führe man vor der Operation einen Katheter in die Blase ein. Nach Freilegung und Luxierung des zu operierenden Organs wird dessen Ureter abgeklemmt und die Injektion von Indigkarmin und Phloridzin wiederholt. Auf diese Weise kann man sich über das Vorhandensein und die Funktion der zweiten Niere vergewissern.

Max Joseph (Berlin).

Fischer, Franz. Über Phimosenoperationen. Dermatolog. Zentralblatt. 1907. Nr. 7.

Die von Gerson behauptete Entstehung der meisten Phimosen durch einen breiten Einschnürungsring des inneren Vorhautblattes ist doch nicht gar so häufig. Am öftesten findet man diesen Schnürring bei den sehr langen, rüsselförmig vor der Glans hängenden Präputien. Hier kann man versuchen, die von Gerson empfohlene Längsspaltung des Schnürrings bis zum Sulcus coronarius unter Schonung des äußeren Blattes zu machen und Naht der quergezogenen Wundränder vorzunehmen. Aber oft gelingt es nicht, das äußere Vorhautblatt genügend weit zurückzustreifen, um an den inneren Schnürring heranzukommen. Dann muß man nach Mosetig operieren (dieselbe Operation wie nach Gerson, ohne Naht). Rudolf Krösing (Stettin).

Peacock, Ernest. Primäres Epitheliom der Pars pendula der Urethra. The British Med. Journal. 1910. Jan. 15. p. 138.

Peacock berichtet über das seltene Vorkommnis eines primären Epithelioms in der Pars pendula der Urethra. Der Fall hatte ursprünglich nur Erscheinungen von seiten der Blase gemacht. Die Operation brachte Heilung. Fritz Juliusberg (Posen).

Jones, Frederic Wood. Die Entwicklung und die Mißbildungen von Glans und Präputium. The British Med. Journal. 1910. Jan. 15. p. 137.

Jones kommt zu folgenden Sätzen über die Entwicklung der Glans: 1. Der Genitalhöcker erscheint als eine kleine Erhebung über die



Hautoberfläche. 2. Die inneren Genitalfalten markieren die Ränder der Urethralrinne, welche niemals die Spitze der Genitalpapille erreicht Letztere ist knopfartig und fälschlich Glans genannt. 3. Beim Weibe bleiben die inneren Genitalfalten offen und epitheliale Wucherungen an der Spitze des Genitalhöckers bilden die Glans. 4. Da die inneren Genitalfalten beim weiblichen Fötus sich weit trennen, so liegt die Glans mit dem Präputium frei. Ähnlich ist es bei gewissen männlichen Föten mit angeborener Paraphimose und gewissen Graden von Hypospadie. Die inneren Genitalfalten bilden beim Weibe die Labia minora, das Präputium clitoridis wird aber unabhängig gebildet von der Epithelwucherung an der Spitze des Genitalhöckers. 5. Beim Manne bilden die Genitalfalten in der Mittellinie zusammenstoßend die Raphe. 6. Die Epithelwucherung an der Spitze des Genitalhöckers bildet dann die Glans. Weiter erfolgt durch Zelleindringen in die Glans die Bildung der Urethra. 7. Dann erfolgt die Bildung der Fossa navicularis und der Lacuna magna. Diese Vorgänge erklären die Mißbildungen. Findet die Bildung der epithelialen Wucherung nicht statt, so bildet sich weder Glans noch Präputium, Urethra imperforata simplex. Entwickelt sich die Epithelwucherung, aber bricht sie nicht hervor, so ist es unmöglich das Präputium zurückzubringen, denn die Glans — im gewöhnlichen Sinne des Wortes — ist nicht entwickelt. Die Ausführungen sind durch instruktive Bilder erläutert. Fritz Juliusberg (Posen).

Gerhartz, H. Beiträge zur Kenntnis vom Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Geschlechtsorgane. Archiv für die ges. Physiologie. Bd. CXXXI. p. 568. 1910.

Die Bestrahlungsversuche wurden an Fröschen angestellt zu Beginn der Brunstzeit. Es zeigte sich kein deutlicher Einfluß auf die innere Sekretion der Hoden. Die Daumenschwielen, Brunstattribute der männlichen Tiere, kamen trotzdem gut zur Ausbildung; die Samenblasen waren normal. Bei weiblichen Tieren waren keine Veränderungen der Ovarien zu bemerken. Ferner wurden drei männliche Frösche mit vollentwickelten Geschlechtsorganen bestrahlt. Die Größe der Hoden blieb normal, die Spermatozoen waren reichlich vorhanden. Dagegen trat eine Abnahme der Spermatogonien ein. Im ganzen bleibt die Schädigung der Geschlechtsorgane durch X-Strahlen bei den Fröschen weit zurück hinter denjenigen bei reifen höheren Tieren.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Li Virghi, G. Doppelter Tumor der Eichel. Partielle Amputation des Gliedes. Giorn. internaz. d. Scienze med. Heft 4. 28. Febr. 1910.

Li Virghi hat bei einem 55jährigen Individuum an der linken Seite der Eichel eine oberflächliche und an der rechten eine etwas mehr in die Tiefe greifende Geschwulst beobachtet. Beide hatten sich ganz langsam entwickelt und waren allmählich zur Ulzeration gekommen. Die Inguinaldrüsen waren beiderseits ziemlich angeschwollen. Bei der Miktion bestanden keinerlei Störungen. Der linksseitige Tumor wurde als Epi-



theliom, der rechtsseitige als Karzinom diagnostiziert. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Die Amputation des Gliedes wurde an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel vorgenommen. Nach sechs Monaten zeigte der neue Meatus urinarius Narbenstriktur, die durch Meatotomie beseitigt wurde. Nach Verlauf eines Jahres war kein Rezidiv aufgetreten, und die vor dem chirurgischen Eingriff vorhandene Inguinaldrüsenschwellung war verschwunden. Die Epithelialtumoren des Penis haben nach A. zwei Besonderheiten, nämlich:

1. daß keine Rezidive auftreten, wenn die Amputation so ausgeführt wurde, daß keine Reste der Geschwulst zurückbleiben;

2. daß sie nicht zu Metastasen in anderen Organen führen. Die Drüsenschwellung geht gewöhnlich, wie auch in diesem Falle, nach der Operation zurück. J. Ullmann (Rom).

Riedinger. Über Folgen von Verlust beider Hoden am Ende der Wachstumsjahre. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie. 1910. Bd. XXV. p. 419.

Riedinger kommt im Gegensatze zu anderen Autoren bei Betrachtung seines Falles zu dem Schluß, daß aus dem Verlust beider Hoden auch dem erwachsenen Manne sowohl in sozialer, wie in vitaler Beziehung Schaden erwächst. Wilhelm Bartsch (Breslau).

Casper, L. Über ungewöhnliche Fälle dauernder Harnverhaltung. Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 10. p. 425.

Verfasser beschreibt das Krankheitsbild eines 68jährigen Mannes, der ohne daß mechanische Hindernisse (Postata klein, Harnröhre weit ohne Strikturen) oder zerebrale Prozesse (Lues und Tabes sind auszuschließen) vorliegen, seit 8 Jahren seine Blase nicht entleeren kann. Als Ursache mußte „Altersblase“ angenommen werden mit degenerierter Blasenmuskulatur und bindegewebiger Sklerose des Detrusor. Viel schwieriger war die Deutung bei einem zweiten 34jährigen Mann, der seit 6 Jahren seine Blase nicht entleeren kann, ohne daß lokale Hindernisse, Lues, zerebrale Störungen vorliegen. Von Altersblase konnte bei diesem jungen Patienten keine Rede sein, und die Deutung des zystoskopisch genau untersuchten Falles bereitete große Schwierigkeit. Ein nebensächlich scheinender Befund führte auf die richtige Fährte. Der Patient wies nämlich als Nebenbefund mehrere Hautpartien auf, die an Atrophia cutis idiopathica erkrankt waren, ebenso waren atrophische Prozesse an einzelnen Muskeln der Hände und Finger nachweisbar und der Blasenmuskulatur, die eine ganze Zahl von größeren und kleineren Divertikeln zystoskopisch erkennen ließ. Es handelt sich also um trophoneurotische Störungen, koordinierte atrophische Prozesse, die an verschiedenen Organen des Körpers ansetzen, und wahrscheinlich die Vorläufer einer progressiven Atrophie darstellen. Diese Deutung ist von wesentlichem Einfluß auf die Therapie, die natürlich von allen bisher in solchen Fällen vorgenommenen Operationen abzusehen hat und nur in der regelmäßigen methodischen Entleerung der Blase, dem Kathetrismus besteht. Der erste Patient trägt den Katheter ununterbrochen seit 8 Jahren. Es



ist ein sog. Kreuzkatheter; das Kreuz hält den Katheter am Sphinkter fest, so daß er nicht besonders befestigt zu werden braucht. Der Kranke ist vollständig beschwerdefrei und geht ungesört seinem Beruf nach. Der Katheter wird alle 6—8 Wochen erneuert. Durch den langdauernden lokalen Reiz des Katheters ist am Blasenhals ein kleiner gutartiger Tumor (Papillom) aufgetreten. Auch der zweite Kranke trägt seit drei Wochen den Dauerkatheter und es bestehen keine Beschwerden mehr.

Hoehne (Frankfurt a. M.).

Barry, D. T. The Morphology of the testis. Journ. of Anatomy and Physiology. January Number 1910. Vol XLIV. Third series Vol. V. Part. II.

Die Untersuchungen des Verfassers wurden an neugeborenen Kälbern und Lämmern, wie an Mäusen und Fröschen angestellt und lieferten folgendes Resultat:

Das Rete testis bildet im Embryo ein Zentrum, wo die Samenzellen hauptsächlich gebildet werden. Die Mehrzahl dieser bildet Tubuli, welche gegen die Peripherie wachsen.

Einige nicht in die Tubuli aufgenommenen Samenzellen verbleiben als interstitielle Zellen; diese im Rete einiger Tiere verborgenen Zellen scheinen neue Knoten und Tubuli bilden zu können, noch vor dem Beginne der Spermatogenesis.

Einige von den Rete tubuli sind ganz verschieden von anderen; die Gefäßversorgung des Rete testis deutet auf innere Sekretion hin.

Der Widerstand der Kapsel den wachsenden Tubulienden gegenüber bewirkt deren Krümmungen und Verzweigungen.

Die Stützzellen sind Abkömmlinge der Mesoblasten und bilden später die Wand der Tubuli. Sie bilden ein Syncytium, dessen Kerne in dem Maße degenerieren, als die Ansprüche auf das Protoplasma durch die Samenzellen steigen. M. Oppenheim (Wien).

Kyrle, J. Beitrag zur Kenntnis der Zwischenzellen des menschlichen Hodens. Zentralbl. f. allgem. Pathol. und pathol. Anatomie. 1910. Bd. XXI. p. 54.

Der Hoden eines vierjährigen, an Lungentuberkulose gestorbenen Knaben zeigte sich bei der Untersuchung als pathologisch unentwickelt, das Epithel wenig differenziert, keine Zwischenzellen. Nur an einer Stelle fand sich eine Anhäufung von Zwischenzellen; hier fanden sich auch einige Samenkanälchen mit gut entwickeltem Epithel und deutlichem Ansatz zur Spermatogenese. Es ist ein Zusammenhang von Zwischenzellen und Entwicklung des spezifischen Hodengewebes wahrscheinlich.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Heyn, A. Pseudohermaphroditismus masculinus completus. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1909. Bd. LXV. p. 642.

46jähriges Individuum mit 21 Jahren als Frau verheiratet, hat 19 Jahre lang in glücklicher Ehe gelebt, hat beim Sexualverkehr Orgasmus empfunden; die Libido war gegen das männliche Geschlecht gerichtet. Seit 2 Jahren sind an beiden Leisten Brüche ausgetreten. Die klinische



Untersuchung ergab die Abwesenheit von Darm, dagegen das Vorhandensein von Körpern, die nur als Hoden und Nebenhoden gedeutet werden konnten. Die Operation bestätigte diese Annahme. Es fand sich auch histologisch typisches Hodengewebe, allerdings durch entzündliche und regressive Vorgänge geschädigt, keine Spermatogenese. Die äußeren Genitalien waren normal weiblich; die Vagina bildete einen Blindsack. Bei der Operation fand sich noch ein Uterus ohne Lumen, keine Ovarien. Der äußere Habitus der Person ist weiblich.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Sauerbeck. Über den Hermaphroditismus verus und den Hermaphroditismus im allgemeinen vom morpholog. Standpunkt aus. Fortsetzung II. u. III. Teil. Frankf. Zeitschrift für Pathol. III. Bd. 3. u. 4. Heft.

Verfasser bespricht zuerst ausführlich die Literatur über den Hermaphroditismus verus und spurius beim Menschen und beim Tiere und sichtet die Fälle von sicherem Hermaphroditismus gegenüber den zweifelhafteren Fällen. Alle sicheren Fälle von Hermaphroditismus verus sind Fälle mit Zwitterdrüsen, alle zweifelhaften haben getrennte Drüsen. Die weiteren interessanten Ausführungen sind zu kurzem Referate nicht geeignet und daher im Original nachzulesen.

Edgar Braendle (Breslau).

Merrill, Ricketts Benjamin. Die Prostata (ein Résumé). New-York Med. Journal. 1910. Jan. 29. p. 225.

Historischer Überblick über die Behandlung der Prostatahypertrophie mit besonderer Berücksichtigung der perinealen und suprapubischen Prostatektomie. Fritz Juliusberg (Posen).

Courtade, Denis. Über elektrische Behandlung der Prostatitis. Annales d'Electrobiologie et de Radiologie. 1910. Nr. 1.

Bei akuter Prostatitis verwendet Courtade den Hochfrequenzstrom zur Schmerzstillung und Herabsetzung der entzündlichen Erscheinungen. Selbst bei Suppuration — es sei denn, daß ein chirurgischer Eingriff indiziert ist — empfiehlt der Autor diese Methode. Er wählt den rektalen Weg und bedient sich hiebei der Oudinschen Kondensatorelektrode oder der einfachen Elektrode von Doumer, welche ca. 5—6 *cm* weit eingeführt wird.

Bei chronischer Prostatitis sieht er Erfolge von dem gleichen Verfahren, wofern Schmerz oder Drang vorhanden ist, sonst aber empfiehlt er Elektromassage mittelst eines Apparates, dessen nähere Beschreibung im Original nachgelesen werden möge.

Prävaliert die Urethritis posterior, so verwendet Courtade Jonisation, indem eine positive Elektrode mit Kupfer, Zink oder Silber in die Pars posterior gebracht wird, eine große Negativelektrode aufs Abdomen oder die Dorsolumbalregion. Es soll während 10 Minuten ein schwacher Strom von etwa $^1/_2$—1 Milliampere Stärke 3mal wöchentlich appliziert werden. Manchmal empfehlen sich auch Salizyl-Rationen.

Alfred Jungmann (Wien).



Hirt, W. Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 9. p. 388.

Verfasser teilt seine Erfahrungen mit, die er an 75 Fällen seiner Privatpraxis gesammelt hat. Im Reizstadium der Prostatahypertrophie empfiehlt er die Einführung von Sonden, Sitzbäder, Moorbäder, Diät. Bei chronischer inkompletter und kompletter Retention, ebenso bei akuter totaler Harnverhaltung und Hämaturie verwendet Verfasser aseptischen Katheterismus nebst Blasenspülungen, bei länger dauernden und schwierigeren Fällen versucht er den Dauerkatheter. Ist ein operativer Eingriff erwünscht und notwendig, so ist die Reihenfolge der Eingriffe nach ihrer Schwere: Resektion der Vasa deferentia, Bottinische Operation, perineale, suprapubische Prostatektomie. Die perineale Prostatektomie gibt erheblich bessere Aussichten auf Erfolg als die suprapubische. Die Resektion der Vasa deferentia ist speziell indiziert bei allgemein vergrößerter, weicher Drüse; Bottini und suprapubische Prostatektomie bei in die Blase vorspringendem Mittellappen, perineale Postatektomie bei nach dem Mastdarm zu vergrößertem Seitenlappen.

Hoehne (Frankfurt a. M.).

Wischnewsky, A. Zur Frage über die physiologische Wirkung der Prostata. Russky Wratsch. 1909. Nr. 46.

Um die Frage zu entscheiden, ob der Einfluß des Prostatasekretes auf den Samen nur als Resultat einer einfachen Verdünnung zu betrachten ist, oder ob das Sekret der Prostata spezifische, die Bewegung der Spermatozoen anregende Eigenschaften besitzt, stellte der Verfasser eine ganze Reihe von Experimenten an, die teils im Laboratorium von Metschnikow in Paris, teils im Laboratorium von Professor Mislawsky in Kasan ausgeführt wurden. Bei der ersten Hälfte der Untersuchungen, bei denen das Prostatasekret durch Ausschneiden der Vorstehdrüse erwachsener Hunde gewonnen wurde, waren die Resultate ebenso unbestimmt wie die Resultate der Untersuchungen anderer Autoren, die sich mit dieser Frage bisher beschäftigten, und zwar in den einen Fällen rief das zum Samen beigemischte Prostatasekret kaum bemerkbare Bewegung der Samenfäden hervor, in den anderen wirkte es fast ebenso wie eine physiologische NaCl-Lösung; in einzelnen Fällen endlich erwies es einen sehr energischen aktiven Einfluß auf den Samen. In der zweiten Hälfte seiner Versuche bediente sich Verfasser zum Gewinnen des Prostatasekretes eines Verfahrens, das der physiologischen Ausscheidung der Vorstehdrüse nahe kommt; er erhielt nämlich das Sekret durch Reizung der sekretorischen Nerven der Prostata mittelst Faradisation (N. Mislawsky und W. Bormann, „Die Sekretionsnerven der Prostata". Zentralblatt für Physiologie. 1898. Bd. 6). Bei solchem Verfahren kam Verfasser zu folgenden Resultaten:

1. In allen Versuchen erwies das Prostatasekret eine solch energische Wirkung auf die Bewegung der Samenfäden, die gar keinen Vergleich mit der Wirkung mannigfacher anderer Kontrollösungen aushält (NaCl-Lösung, Lockesche Lösung etc.).

2. Das Prostatasekret, in der Kälte aufbewahrt, behält diese aktivierenden Eigenschaften einige Tage lang (3—4 Tage; vielleicht noch länger).

3. Die Quantität des Sekrets, die dem Samen beigemischt wird, spielt keine Rolle: große und kleine Portionen haben die gleiche Wirkung.

4. Das Kochen vermindert bedeutend diese Eigenschaft des Sekrets, und es wirkt dann, gleich den NaCl-Lösungen etc., nur durch einfache Verdünnung des Samens.

Diese Versuche zeigen also zweifellos, daß das Sekret der Vorsteh-drüse, wenn es unter normalen physiologischen Umständen ausgeschieden wird, eine scharf ausgeprägte spezifische Wirkung auf die Samenfäden erweist. P. A. Welikanow (Petersburg).

Freyer, P. Johnston. Eine neue Serie von 212 Totalexstirpationen der Prostata mit spezieller Berücksichtigung der Achtzigjährigen. American Journal of Dermatol. Nr. 11. Nov. 1909.

In Verbindung mit 432 früher operierten Fällen gibt Verf. über 644 Operationen eine statistische Zusammenfassung:

1. Das Durchschnittsalter seiner Fälle betrug 69 Jahre.

2. Das Gewicht der exstirpierten Prostata betrug im Durchschnitt $2^1/_2$ Unzen und schwankte zwischen $^1/_2$ und 17 Unzen.

3. Die Mortalitätsziffer betrug 6·05%, und zwar verminderte sich dieselbe von 10% für die ersten 100 Fälle herab auf 4·24% für die letzten 200.

4. Die Todesursache war: Urämie auf Grund chronischer Nierenerkrankungen 16, Herzfehler 6, Septikämie 2, Schock 4, Erschöpfung bei hochgradiger Nierenaffektion 1, Tobsucht 3, maligne Lebererkrankung 2, Fieber 1, Pneumonie 1, akute Bronchitis 2, Lungenembolie 1 und Apoplexie bei Paralyse 1 Fall.

5. In 114 Fällen wurden gleichzeitig Blasensteine entfernt, aber alle Todesfälle waren auf die Prostatektomie zurückzuführen, nicht etwa auf suprapubische Lithotomie. Max Leibkind (Breslau).

Müller. Epididymitis und Bacterium coli. Münchner med. Wochenschr. 1909. Nr. 50.

Die seltene Komplikation einer Epididymitis mit einer nicht tuberkulösen Pyelitis konnte Müller bei einem Patienten beobachten, der seit einem Jahre an Pyelitis mit Koliurie litt. Wie die bakteriologische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens des entzündeten Gewebes ergab, handelte es sich um eine Infektion mit Bacterium coli, das entweder von der Harnröhre aus durch das Vas deferens oder vom Nierenbecken aus auf dem Wege der Blutbahn in den Nebenhoden gelangt sein muß. Oskar Müller (Recklinghausen).

Stancanelli, P. Primäre sklerotische Atrophie des Präputiums mit Hyperkeratose der Schleimhaut der Eichel und des Präputiums und Stenose des Eichelabschnittes der Harnröhre. Giorn. internaz. d. Scienze med. Heft 22. 1909.



In bezug auf Krankengeschichte und Einzelheiten der histologischen Untersuchung wird auf das Original verwiesen. A. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Man kann im klinischen Sinne eine Form von sklerotischer, idiopathischer Atrophie des Präputiums annehmen, die unabhängig ist von entzündlichen oder neoplastischen Prozessen des Präputialsackes oder von einer allgemeinen Diathese. Sie ist ihrerseits Ursache von Phimose, Balanitis und Ulzerationen.

2. Im histopathologischen Sinne ist der atrophische Prozeß nicht primär, sondern stellt den Ausgang chronisch-entzündlicher Veränderungen des Hautblattes dar, die klinisch nicht in die Erscheinung treten und ätiologisch ganz dunkel sind. J. Ullmann (Rom).

Berkeley, Comyns und **Bonney**, Victor. Leukoplakie und Craurosis vulvae. Royal sciety of medicine. Nov. 11. 1909. The Lancet. 1909. Dec. 4. p. 1668.

Berkeley und Bonney äußern sich ausführlich über die Differentialdiagnose zwischen Leukoplakia und Craurosis vulvae. Außer dem verschiedenen Aussehen ist auch ihre Lokalisation eine andere. Die Leukoplakie befällt nie das Orificium urethrae, während die Kraurosis nicht die äußeren Flächen der großen Labien und das Perineum befällt. Das einzige subjektive Symptom der Leukoplakie ist das Jucken, während dieses Symptom bei der Kraurosis fehlt. Ferner folgt der Leukoplakie häufig Karzinom, während die Kraurosis keine Beziehungen zum Karzinom hat. Bei Leukoplakie der Vulva findet man histologisch eine Verdickung des Epithels, im darunterliegenden Bindegewebe besteht eine Lymphozytenansammlung, welche zu einer diffusen Fibrose führt. Bei der Kraurosis ist das Epithel abnorm verdünnt, man findet polynukleäre Leukozyten und Plasmazellanhäufungen, während Lymphozyten kaum vorhanden sind. Fritz Juliusberg (Posen).

Berkeley Comyns und **Bonney** Victor. Leukoplakia vulvae und ihre Beziehungen zur Kraurosis vulvae und zum Carcinoma vulvae. The Brotish Med. Journal. 1909. Dec. 18. p. 1739.

Aus der interessanten Arbeit von Berkeley und Bonney seien nur einige Hauptpunkte im Referate wiedergegeben. Leukoplakia vulvae ist eine chronische Entzündung unbekannten Ursprungs, im Frühstadium markiert durch Hyperämie, in späteren Stadien durch epitheliale Hypertrophie und Verdickung und Sklerose des subepithelialen Gewebes. Befallen sind in typischen Fällen die ganzen Vulva mit Ausnahme des Vestibulums und Orificium urethrae. Die Kraurosis vulvae ist ein atrophischer Zustand der Vulva, klinisch vergesellschaftigt mit Stenose des Orificium vaginae und pathologisch verbunden mit gewissen Veränderungen in der Kutis. Befallen werden die Labia minora, das Vestibulum, Orificium urethrae und Orificium vaginae immer. In allen Fällen, wo wegen Karzinom der Vulvae operiert wurde, bestand zugleich Leukoplakia



vulvae. Auf die ausführlichen histologischen Untersuchungen der wichtigen Arbeit einzugehen, würde den Rahmen des Referates überschreiten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Syphilis. Allgemeiner Teil.

Vorberg. Die Segnungen des freien Unzuchtgewerbes. Münch. mediz. Wochenschr. 1910. Nr. 19.

Vorberg geht auf die ihm von Frauenrechtlerinnen und von abolitionistischer Seite gemachten Einwände und Forderungen näher ein und weist an der Hand von Tatsachenmaterial und Statistiken die Segnungen der zwangsweisen gesundheitlichen Überwachung des Unzuchtgewerbes nach. Oskar Müller (Recklinghausen).

Steinhardt, Irving D. Die Verantwortlichkeit in der Behandlung venerischer Krankheiten. American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 1910. Nr. 6.

Nichts neues. Max Leibkind (Breslau).

Wolbrast, Abraham L. Die venerischen Krankheiten, eine Geißel der nationalen Wohlfahrt. American Journal of Dermatology 1910. Nr. 6.

Verfasser macht Vorschläge zur Bekämpfung und Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Max Leibkind (Breslau).

Vecki, Victor G. Können wir die Prostitution abschaffen, sollen wir sie ignorieren oder müssen wir sie regeln. American Journal of Dermatology 1910. Nr. 5.

Verf. tritt dem Abolitionismus entgegen und redet der Regulierung des Untersuchungszwanges der Prostituierten das Wort in dem Sinne, daß er eine Quarantäne des Bordells verlangt, in dem ein Erkrankungsfall einer venerischen Krankheit ermittelt worden ist.

Max Leibkind (Breslau).

Walsh, Ferdinand C. Geschlechtskrankheiten und Ehe. American Journal of Dermatology 1910. Nr. 5.

Verf. stellt die Forderung auf, durch Belehrung des Publikums die Gefahren, welche die Geschlechtskrankheiten für die Ehe haben, zu vermindern. Max Leibkind (Breslau).

Buschke, A. Diagnose und Therapie der Syphilis auf Grund der neueren Forschungsergebnisse. Berliner klinische Wochenschr. 1910. Nr. 19. p. 869.

Ausführliche Besprechung der Bedeutung des Spirochaetennachweises und der Wassermannschen Reaktion. Die neuen Antiluetika Atoxyl und Arsazetin haben sich nicht bewährt, Hg und Jod sind bisher noch von keinem Präparat, was Sicherheit und Promptheit der Wirkung anbetrifft, erreicht worden. Hoehne (Frankfurt a. M.).



Ravogli, A. Erziehung und Belehrung in sexuellen Dingen als Prophylaxe gegen Geschlechtskrankheiten. New-York Med. Journal 1910. Juni 11. p. 1218.

Ravogli führt aus, daß die Studenten in Cincinnati im allgemeinen selten Geschlechtskrankheiten akquirieren; wo dies aber eintritt, wird genügend Sorgfalt der Behandlung gewidmet. An der Universität werden über dieses Gebiet für alle Studenten Vorlesungen gehalten, die einen sehr günstigen Einfluß ausüben. Ravogli schließt, daß die Belehrung eine individuelle Prophylaxe gegen die Geschlechtskrankheit bildet. Um diese zu erreichen, ist notwendig eine Erklärung über die Funktion der Fortpflanzungsorgane, über die Hygiene dieser Organe, über die Ethik der Achtung gegenüber dem weiblichen Geschlecht, über die Folgen uneingeschränkten Geschlechtsverkehrs, über die Notwendigkeit einer schnellen und vernünftigen Behandlung der Geschlechtskrankheiten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Schenk, Paul. Wahrheit und Täuschung in der medizinischen Statistik. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1910. Bd. XVI. pag. 136.

Verf. warnt vor der kritiklosen Aufmachung von statistischen Berechnungen in der Medizin — auch mit Bezug auf die Syphilis — die vielfach den Eindruck einer „Spielerei mit Zahlen" machten und sucht dies an Beispielen aus der Literatur darzutun. V. Lion (Mannheim).

Deaderich. Einige Vergleiche zwischen Malaria und Lues. Boston Medical Journal 1909. Vol. 161. p. 23.

Deaderich vergleicht Malaria mit Syphilis von der Seite der spezifischen Infektion, Erreger, der spezifischen Behandlung usw. D. vergleicht Gummen der Lues mit Melaninprodukten der Malaria. Eine weithergeholte Arbeit ohne besonderes Interesse.

Heimann (New-York).

Neisser und **Siebert.** Die Ergebnisse der neueren Syphilisforschung für die ärztliche Praxis. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1910. Aprilheft.

Die Autoren weisen zunächst auf die großen Erfolge der Syphilisforschung der letzten Jahre hin, besprechen die Bedeutung der Entdeckung der Spirochaeta pallida, die Technik des Nachweises derselben, die Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung, die Seroreaktion und ihre Bedeutung. Walther Pick (Wien).

Gurd, Fraser. Neue Methoden zur Darstellung des Treponema pallidum mit besonderer Berücksichtigung der Tuschmethode. The Journal of the Americ. Med. Association 1910. Mai 28. p. 1779.

Ohne etwas neues zu bringen, äußert sich Gurd über die Darstellung der Spirochaeta pallida nach Giemsa, nach Levaditi, mittelst des Dunkelfeldverfahrens und lobt speziell das Tuschverfahren von Burri als bequem und leicht ausführbar. Fritz Juliusberg (Posen).



Sherman, T. Die neuen Methoden zur Frühdiagnose der Syphilis. Edinburgh Med. Journal. Mai 1910.

Empfehlung und Schilderung des Burrischeu Tuschfärbeverfahrens.

Wilhelm Balban (Wien).

Berg, J. Nachweis der Spirochaeta pallida durch ein vereinfachtes Tuschverfahren. Dtsch. med. Woch. Nr. 20. 1910.

Berg hält zur anschaulichen Darstellung der Spirochaeta pallida die Verdünnung des Reizserums mit destilliertem Wasser für unnötig. Vielmehr genügte es zu diesem Zwecke anstatt einer Öse-Tusche zwei oder mehrere zu nehmen. Auch bei blutreichem Reizserum und detritusreichem Ausgangsmaterial ließ sich auf diese Weise ein übersichtliches Präparat erzielen mit Anordnung der Blutkörperchen und Detritusmassen in reichlich großen Abständen. Max Joseph (Berlin).

Ghoreyeb, Albert. Eine neue und schnelle Methode zur Färbung von Spirochaeten in Ausstrichen. The Journal of the Americ. Med. Association 1910. Mai 7. p. 1498.

Ghoreyebs Methode ist folgende: Die dünnen Ausstriche (Fixation durch Hitze ist nicht notwendig) werden 30 Sek. mit einer 1%igen Osmiumsäurelösung bedeckt, Abspülen in fließendem Wasser, Bedecken mit frisch gelöstem 1%igen Bleiazetat 10 Sek., Abspülen in fließendem Wasser, Bedecken mit einer 10%igen Natriumsulfidlösung 10 Sek., Waschen in fließendem Wasser. Dieser Prozeß wird dreimal wiederholt. Dann wird die 1%ige Osmiumsäurelösung 30 Sek. nochmals angewendet und das Präparat wird nach Abspülen in Wasser getrocknet und mit Kanadabalsam montiert. Die Abspülungen haben alle sorgfältig in fließendem Wasser zu geschehen, um Niederschläge zu vermeiden. Die Osmiumsäure wirkt, zuerst gebraucht, als Fixativum und als Beize. Das Blei bildet mit dem Eiweiß Bleialbuminat, eine wasserunlösliche Verbindung, das Natriumsulfid verwandelt das Bleiazetat in Bleisulfid und bewirkt die braune Färbung. Die Osmiumsäure zuletzt werwandelt das Braun in Schwarz. Spirochaeten, Bakterien und Zelldetritus werden schwarz gefärbt. Fritz Juliusberg (Posen).

Campbell, R. P. Die Spirochaeta pallida. Ihre Beziehungen zu den Tonsillen. The Journal of the Americ. Med. Association 1910. Mai 14. p. 1597.

Campbell, dessen Untersuchungen auch einen großen praktischen Wert haben, untersuchte die Tonsillen aus folgenden zwei Gründen mit Sorgfalt: 1. Er fand durch Drüsenpunktion auch in Fällen mit deutlichen Sekundärerscheinungen, wohl wegen der reichlich vorhandenen zelligen Elemente sehr häufig die Pallida nicht. Deswegen hielt er es für vorteilhafter, das Serum der Tonsillen zu untersuchen. 2. Er fand bei der Prüfung vieler Mundaffektionen, daß die vergrößerten Tonsillen bei sekundärer Syphilis große Mengen der Pallida beherbergen, auch wenn keine oberflächlichen Veränderungen da sind. Er kam bei seinen systematischen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Enthalten die Tonsillen Plaques oder oberflächliche Ulzerationen, so findet sich, wie bei anders lokali-



sierten Schleimhautplaques, die Pallida regelmäßig. Dasselbe Ergebnis hatte der Autor, wenn die Tonsillen zwar keine oberflächlichen Veränderungen zeigten, aber vergrößert und hyperämisch waren. Zeigen die Tonsillen keine Veränderungen und keine Hyperämie, aber sind sie leicht vergrößert und bluten sie leicht beim Abwischen, so findet man in einem hohen Prozentsatz die Pallida. Man findet bei Patienten mit sekundärer Syphilis auch bei anscheinend gesunden Tonsillen die Pallida in den meisten Fällen. Wenn keine Syphilis vorhanden, ist die Pallida nicht zu finden.

Finden sich nur typische Pallidae in klarem Serum mit wenig weißen und roten Blutkörperchen vermischt und ohne einen anderen Typus von Spirochaeten, so ist die Diagnose leicht. Ist oberflächliches Epithel vorhanden mit wenig Serum und verschiedenen Arten von Spirochaeten, so ist durch Spirochaeten, die der Pallida ähneln, die Diagnose erschwert. Zwei Arten dieser Spirochaeten sind bemerkenswert: 1. Eine feine Spirochaete mit Windungen, wie die Pallida, aber nur 7 bis 8 an Zahl, findet sich in den Epithelbröckeln, aber nie im klaren Serum. 2. Eine Spirochaete von 8 bis 9 Windungen von derselben Länge wie die Pallida, etwas plumper, ebenfalls ein oberflächlicher Mikroorganismus, färbt sich tiefer.

Gang der Untersuchung: Die Gaumenbögen und der weiche Gaumen werden anästhesiert durch einen Wattetupfer mit 10%iger Kokainlösung, dann werden die Tonsillen gereinigt und ihre Oberfläche wird kurettiert, bis Blutserum erscheint. Dieses wird mit einer sauberen Kurette entnommen und auf den Objektträger gebracht. Untersuchung mit Dunkelfeldbeleuchtung oder Färbung nach Giemsa.

Fritz Juliusberg (Posen).

Löhe, H. Disseminierte Hautsyphilide bei niedern Affen nach Impfung in die Mamma. Charité-Annalen 1909. Bd. XXXIII. p. 721.

Bei den Untersuchungen über Affensyphilis sah Verf. bei einem Affen, der 110 Tage zuvor erfolglos geimpft war, infolge heftigen Saugens an der Mamilla durch einen andern sicher syphilitischen Affen einen sichern typischen Primäraffekt (mit Spirochaetenbefund) entstehen. Daraufhin gelang es auch experimentell durch Impfung mit syphilitischem Reizserum in die Mamma eines Affen nach 54tägiger Inkubationszeit ein disseminiertes papulöses Exanthem zu erzielen. Es konnte also nicht nur durch Impfung in die Hoden, sondern auch bei Infektion von der Mamma aus eine Generalisierung des syphilitischen Virus im Körper des niedern Affen stattfinden.

V. Lion (Mannheim).

Truffi, M. Versuche zur Immunisierung des Kaninchens gegen die syphilitische Infektion. Biochim. e Ter. Spezim. Heft 12. 1910.

Die Versuche Truffis, dem Kaninchen eine aktive oder passive Immunität gegen Syphilis zu verleihen, hatten ein negatives Resultat. Weder die Injektionen mit Serum von immunen Kaninchen, noch die



mit beträchtlichen Dosen von Organen hereditär-syphilitischer Foeten haben bei den behandelten Tieren Immunität hervorgebracht.

J. Ullmann (Rom).

Fellmer, F., Bonn. Stoffwechseluntersuchungen bei mit Nagana-Trypanosomen infizierten Kaninchen. Zeitschr. für Imm. Bd. III. Heft 5.

Es scheint bei den infizierten Tieren ein starker Abbau der Zelleiweiße und des Lezithins stattzufinden. G. Baum (Breslau).

Swift, Homer. Die Serumdiagnose der Syphilis. New-York Med. Journal 1910. 26. März. p. 664.

In einem ausfuhrlichen Artikel äußert sich Swift in kritischer Weise über die Theorien, über die Serumreaktion bei Syphilis und über die Modifikationen der ursprünglichen Methode. Er geht besonders auf die Modifikation Noguchis ein, die neben der ursprünglichen Methode angewendet zu werden verdient, diese aber nicht ersetzt. Mit Rücksicht auf die größere Empfindlichkeit der aktiven Serummethode soll man das Testserum sowohl im aktiven, wie im inaktivierten Zustande anwenden. Fallen beide Reaktionen positiv aus, können wir die Anwesenheit einer aktiven Syphilis konstatieren. Sind beide negativ, so spricht das stärker gegen das Vorhandensein einer Syphilis, als wenn bloß inaktiviertes Serum gebraucht wird. Fritz Juliusberg (Posen).

Dean, H. R. Die Serumdiagnose der Syphilis. Royal society of Med. Pathological section 15./II. 1910. The British Med. Journal 1910. 26. Feb. p. 506.

Nichts neues. Fritz Juliusberg (Posen).

Butler, William. Die Serum- und Präzipitinreaktionen bei Syphilis und ihre klinische Bedeutung. The Journal of Americ. med. Association 1910. 2. April. p. 1114.

Nach kurzer Aufzählung der Serumreaktion und ihrer Modifikationen sowie der Präzipitinreaktionen äußert sich Butler über die klinische Bedeutung der Serumreaktion. Dieselbe kann zunächst von Wert für die Diagnose sein, ferner kann sie wichtige Fingerzeige für die Therapie abgeben. Durch regelmäßige Blutuntersuchungen und dementsprechendes therapeutisches Vorgehen können viele viszerale und zerebrale Erscheinungen der Syphilis vermieden werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bassett-Smith, P. W. Serumdiagnose der Syphilis; Flemings-Methode. The British Med. Journal 1910. 12. März. p. 632.

Bassett-Smith hat in einem früheren Artikel sich über die ursprüngliche Methode der Serumdiagnostik der Syphilis und über die von Fleming modifizierte von Hecht angegebene Methode geäußert. Zuerst gab ihm diese Modifikation nicht ganz zufriedenstellende Resultate, jetzt ist er zu einem günstigeren Urteil über dieselbe gekommen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Gay und **Fitzgerold.** Serumdiagnose bei Syphilis. Boston Medical Journal 1910. Bd. CLX. p. 157.



Vergleich zwischen Noguchi und Wassermann Methoden. Noguchi soll nur eine Bestätigung aber kein Ersatz für die ältere, kompliziertere Wassermann-Reaktion sein. Heimann (New-York).

Heidingsfeld. Wassermann-Probereaktion für die Luesdiagnose. Lancet Derm. I. 1909. p. 309.

Ausführliche Beschreibung der Methode und statistische Angaben. Nichts neues. Heimann (New-York).

Kleinschmidt, H., Eppendorf. Über die Sternsche Modifikation der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. für Imm. Bd. III. Heft 5.

Verf. fand im Gegensatz zu anderen Nachprüfern in 8% der Fälle (200) nach Wassermann positiven, nach Stern negativen Ausfall der Reaktion, das Umgekehrte nur in 4·5%.

Es wurden 3 verschiedene alkoholische Extrakte verwandt, „die sämtlich nach der Wassermannschen Methode dauernd sichere Resultate ergaben".

Auffallend ist, daß mit einem dieser Extrakte bei positivem Ausfall nach W. niemals negativer nach St. eintrat.

G. Baumm (Breslau).

Wechselmann, Berlin. Über Verschleierung der Wassermannschen Reaktion durch Komplementoidverstopfung. Zeitschr. für Imm. Bd. III. Heft 5.

Bei der gewöhnlichen Art der Inaktivierung durch Erhitzen auf 56° kann durch die wie in jedem anderen so auch in dem Syphilitikerserum auftretenden verschiedenen Komplemente und Komplementoide die komplementophile Gruppe des Ambozeptors derartig besetzt werden, daß die Bindung des zugesetzten Meerschweinchenkomplements verhindert wird.

Nachweis der Komplementoide durch Absorption mittels 7% Baryumsulfataufschwemmung (Gengou).

Darauf ausnahmslos positive Reaktion bei 66 Syphilitischen. Syphilisfälle mit dauernd negativer Reaktion scheinen prognostisch günstig.

G. Baumm (Breslau).

Lucksch. Die Wassermannsche Reaktion an der Leiche. Verhandlungen der XIV. Tagung der Deutschen pathol. Gesellschaft, Erlangen 1910. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat. XXI. p. 455. 1910.

46% aller Leichen reagierten positiv. Da man nicht alle als luetisch ansehen kann, ist die Reaktion nicht spezifisch. Die positive Reaktion ist kein postmortales Phänomen, da nach vergleichenden Untersuchungen die Reaktion des Serums im Leben und nach dem Tode sich gleich verhielt. Sie ist im Leben bei verschiedenen Krankheiten (Sepsis, Pneumonie, Urämie) positiv. Der pathologische Anatom darf aus dem positiven Ausfall nicht auf die luetische Natur eines Prozesses schließen.

In der Diskussion sprechen sich Lubarsch, Simmonds, Marchand und Schmorl für eine höhere Wertschätzung der Reaktion aus, als sie der Vortragende gegeben hat. F. Lewandowsky (Hamburg).



Cohn, Toby. Kritische Bemerkungen zur praktischen Verwertung der Wassermannschen Reaktion. Neurologisches Zentralblatt 1910. p. 688.

Bei gleichzeitiger Untersuchung desselben Serums durch mehrere kompetente Untersucher fielen die Resultate ganz verschieden aus. Zum Teil erklärt sich das aus einer gewissen Scheu der Serologen, ein Resultat als zweifelhaft zu bezeichnen. Bei positivem Ausfall der Reaktion wird manchmal die nichtsyphilitische Natur eines Prozesses verkannt. Es werden zwei Fälle berichtet, wo wegen einer positiven Reaktion bei Hirntumoren nicht operativ eingegriffen wurde, die sich später bei der Sektion als nicht luetisch herausstellten. Die klinische Diagnose muß unabhängig von der Reaktion gestellt werden.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Plaut. Die Wassermannsche Reaktion und der praktische Arzt. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Prof. E. v. Dungern: „Wie kann der Arzt die Wassermannsche Reaktion leicht vornehmen." Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 10.

Plaut wendet sich gegen die von E. v. Dungern angegebene vereinfachte Methode der Seroreaktion. Er weist auf die Fehlermöglichkeiten bei dieser Methode hin und warnt dringend vor ihrer Anwendung, da sie die ursprüngliche von Wassermann angegebene erprobte Methode in Mißkredit bringen und bewirken wird, daß die Seroreaktion dank der einfachen Gebrauchsanweisung auch von Nichtärzten vorgenommen wird.

Oskar Müller (Recklinghausen).

v. Dungern und **Hirschfeld.** Über unsere Modifikation der Wassermannschen Reaktion. Münchener mediz. Wochenschrift 1910. Nr. 21.

Verfasser kommen nochmals auf ihre schon mitgeteilte Methode zurück und berichten über 96 Fälle, bei denen gleichzeitig nach der alten und der neuen Methode untersucht wurde. Die Ergebnisse zeigen, daß eine fast vollkommene Übereinstimmung zwischen der Wassermannschen Originalmethode und der vereinfachten von v. Dungern und Hirschfeld angegebenen Methode besteht, wenn dasselbe Extrakt benutzt wird. Verfasser wenden sich dann gegen die abfällige Kritik, die Plaut dieser Methode ohne Nachprüfung hat zuteil werden lassen.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Seiffert und **Barteczko.** Betrachtungen über die Serodiagnostik der Syphilis auf Grund praktischer Erfahrungen und statistischer Ergebnisse. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. p. 289 und 327.

Nachdem die Autoren kurz das Wesen der Wassermannschen Reaktion besprochen haben, gehen sie auf die Erörterung ihrer Methode ein, die im wesentlichen darin besteht, daß durch Aufstellung einer fallenden Antigenreihe unter Zusatz gleicher Serummengen die hemmende Grenzdosis festgestellt wird. Es wird so eine genaue Austitrierung des Serums erzielt.

Die Verf. haben 450 Sera untersucht und geben ihre Erfahrungen wieder. Wo Syphilis sicher ausgeschlossen werden konnte, bekamen sie nie eine positive Reaktion. Im Primärstadium fiel die Reaktion in 73·3% positiv aus, die Reaktion trat durchschnittlich in der 6. Woche nach der Infektion auf. Im Sekundärstadium reagierten 100% positiv, im Tertiärstadium 79·4%. Von 44 luesverdächtigen Kindern reagierten 21 = 47·7% positiv. Drei von diesen Fällen sind in der Arbeit kurz skizziert. Seiffert und Barteczko halten die Wassermannsche Reaktion für eine für Syphilis charakteristische Reaktion, verlangen aber eine vollständige Austitrierung des Serums und wünschen, daß die Reaktion von einem geübten Biologen ausgeführt werde. Max Winkler (Luzern).

Hayn und **Schmidt.** Über die angebliche Brauchbarkeit des chlorsauren Kali für die Serodiagnose der Syphilis. Dermatol. Zeitschr. 1910. p. 325.

Hayn und Schmidt haben die von Brieger und Renz angegebene Modifikation der Wassermannschen Reaktion, welche darin besteht, daß man den Kaninchen-Hammelblut-Ambozeptor durch eine Lösung von Kali chloricum in physiologischer Kochsalzlösung ersetzt, nachgeprüft. Diese Nachprüfung an 114 Seren hat die Annahme von der Brauchbarkeit des Kali chloricum für diese Untersuchungsmethode nicht bestätigt. Fritz Porges (Prag).

Zeissler, J. Quantitative Hemmungskörperbestimmung bei der Wassermannschen Reaktion. Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 21. p. 968.

Verfasser unterscheidet 5 Grade des Hemmungskörpergehaltes; die Untersuchungsmethode und die Feststellung des Hemmungskörpergehaltes ist 1909, Nr. 44, in dieser Wochenschrift ausführlich behandelt. Bei fast allen syphilogenen Krankheiten können alle 5 Reaktionsstärken vorkommen. Gewisse Krankheiten bevorzugen die höheren (Paralyse, Lues hereditaria), andere die geringeren Stärkegrade (Tabes, Lues III, Scharlach). Bei Tabes und Lues cerebrospinalis ist die Reaktion in der Spinalflüssigkeit, wenn überhaupt positiv, sehr schwach, bei Paralyse ist sie fast immer positiv und meist viel stärker. Es besteht ein ausgesprochener Parallelismus zwischen dem durchschnittlichen Hemmungskörpergehalt und der Häufigkeit der Wassermannschen Reaktion bei den einzelnen Krankheiten. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Hecht, H. Eigenhemmung menschlicher Sera. Berlin. klin. Wochenschrift 1910. Nr. 18. p. 830.

Verfasser findet, daß in jedem normalen Menschenserum eigenhemmende Stoffe in mäßiger Menge vorhanden sind, in großer Menge aber bei Erkrankungen wie Lues, Tuberkulose und anderen konsumierenden Krankheiten. Ihr Nachweis kann keinen diagnostischen Wert beanspruchen. Hoehne (Frankfurt a. M.).

Heimann, Walter. Eine mathematische Methode für die Abschätzung des Ausfalls der Wassermannschen Reaktion. The Journal of the Americ. Med. Association 1910. 21. Mai. p. 1684.



Heimann schlägt vor, den Ausfall der Wassermannschen Reaktion nicht durch Adjektive wie: stark, weniger stark, schwach usw. zu bezeichnen, sondern nach Absitzen der Blutkörperchen in einem fein graduierten spitzzulaufenden Maßgefäß in Prozenten den Grad der Lösung auszudrücken. Das Ablösen erfolgt 16 bis 24 Stunden nach Abschluß der Reaktion. Fritz Juliusberg (Posen).

Stühmer, A. Über die Verwendung autolysierter Lebern zu Organextrakten für die Wassermannsche Reaktion. Zentralblatt für innere Medizin 1910. Nr. 14.

Zur Ausschaltung der kongenital luetischen Lebern bei der Wassermannschen Reaktion hat Verf. folgenden Extrakt hergestellt: Eine Meerschweinchenleber wird gewogen und auf zirka 14 Tage in geschlossenem Gefäß bei Zimmertemperatur aufbewahrt, bis das Organ gelbliches zermatschtes Aussehen gewonnen hat. Alsdann läßt es sich zerreiben und mit 5 Gewichtsteilen 96% Alkohol innerhalb 24 Stunden unter mehrfachem Umschütteln extrahieren. Nach Filtration erhält man ein in ganz geringen Dosen bereits wirksames haltbares Extrakt.

Max Leibkind (Breslau).

Wolff, Arthur. Vergleichende Untersuchungen über Wassermannsche Reaktion, Lymphozytose und Globulinreaktion bei Erkrankungen des Nervensystems. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 16. 1910.

Wolff berichtet über die differentialdiagnostische Verwertung der Komplementablenkung, Lymphozytose und Globulinreaktion und findet die letztere am besten verwendbar, weil sie im Gegensatz zu den beiden andern Methoden auch dann stets negativ ausfiel, wenn eine anamnestisch festgestellte Lues zur Zeit keine para- oder metasyphilitischen Nervenaffektionen zeigte. Besteht keine Lues, so gibt das Verhalten der Lymphozyten und der Globulinreaktion bei gleichzeitiger Wahrnehmung der klinischen Symptome wertvolle Fingerzeige für die Differentialdiagnose zwischen organischen und peripherischen oder funktionellen Nervenerkrankungen, da positiver Befund die ersteren, negativer die letzteren kennzeichnet. Hierher gehören z. B. inzipiente Fälle von Tabes und Paralyse. Weniger konnte der Ausfall der Komplementbindung im Lumbalpunktat verwertet werden, da derselbe auch bei Tabes und Paralyse oft negativ war. Ob der zweimalige positive Ausfall bei 9 Fällen von Lues cerebrospinalis für die Unterscheidung von Tabes und Paralyse einerseits und Lues cerebrospinalis andrerseits maßgebend sei, läßt Verfasser der geringen Zahl seiner Untersuchungen wegen noch dahingestellt. Bei periodischem Erbrechen und Fehlen anderer Nervensymptome kann die Komplementablenkung mit Lymphozytose und Globulinreaktion auf den zentralen Sitz der Erkrankung hinweisen. Max Joseph (Berlin).

Krefting, R. Aorteninsuffizienz und Wassermannsche Luesreaktion. Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 16. p. 713.

Verfasser hat bei 20 Patienten mit Herzfehlern, besonders mit Aorteninsuffizienz die Wassermannsche Luesreaktion angestellt und



ist mit den Resultaten derselben, die meist später durch die Sektion kontrolliert werden konnten, sehr zufrieden. Selbst wenn bei einem Patienten mit einem Herzfehler Aufschlüsse über vorhergegangenen Gelenksrheumatismus vorliegen, soll man nicht die Möglichkeit einer luetischen Aortitis ausschließen, da eine Kombination von einem alten Herzfehler mit spezifischer Aortakrankheit vorkommen kann. Spezifische Behandlung wirkt auf die Krankheit, die immer progressiv zu sein scheint, nur wenig. Vielleicht sind aber die Behandlungsversuche nicht lange genug fortgesetzt worden. Bei jüngeren Personen und in einem frühen Stadium müßte man doch annehmen, daß bei energischer spezifischer Behandlung etwas zu erzielen wäre. Um auf diese häufig vorkommenden luetischen Aortitiden in einem frühen Stadium einwirken zu können, sollte jeder Luetiker, der über sein Herz klagt und dessen Blut positive Wassermannsche Reaktion zeigt, mit energischen Kuren behandelt werden.

Hoehne (Frankfurt a. M.).

Brauer. In welcher Weise wirkt das Quecksilber bei der antiluetischen Behandlung auf den Ausfall der Seroreaktion. München. mediz. Wochenschrift 1910. Nr. 17.

Zur Aufklärung der Frage, ob der Ausfall der Wassermannschen Reaktion mit der Intensität der Hg-Ausscheidung in Beziehung steht, hat Brauer ausgiebige Untersuchungen vorgenommen. Dieselben beweisen, daß keinerlei Beziehungen bestehen zwischen dem Hg-Gehalt des Urins und dem Ausfall der Seroreaktion, mithin — wenn der Hg-Gehalt des Urins ein Maßstab für die Resorption des Hg im Organismus ist — auch keine Beziehungen bestehen zwischen der resorptiven Hg-Menge im Organismus und dem Ausfall der Seroreaktion.

Oskar Müller (Recklinghausen).

Satta und **Donati** (Klinik Morpurgo), Turin. Hat das Sublimat eine Wirkung auf die Wassermannsche Reaktion? Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 20.

Aus den Untersuchungen ging hervor, daß bei Sublimatzusatz (0·8 cm^3 einer Lösung von 1 : 10,000) weder eine Verspätung noch eine Schwächung der Wassermannschen Reaktion nachgewiesen werden kann. Es scheint, daß das Sublimat bei Zusatz einer gewissen Menge Extraktes durch die Anwesenheit des Alkohols stärker und prompter hämolytisch wirkt. Außerdem können auch individuelle Unterschiede ausschlaggebend sein. Daraus geht hervor, daß die Kontrolluntersuchungen mit derselben Menge alkoholischen Extraktes und an demselben Serum ausgeführt werden müssen. Viktor Bandler (Prag).

Bruck, C. und **Stern,** Margar., Breslau (Klinik Neisser). Quecksilberwirkung und Syphilisreaktion. Wiener klinische Wochenschrift 1910. Nr. 15.

Die Autoren unterziehen die Ergebnisse der Arbeit von Epstein und Přibram, sowie von Királyfi und anderer einer kritischen Nachprüfung und kommen zu folgenden Schlüssen: Die klinischen Befunde im Verein mit dem Nachweis, daß das Quecksilber die positive Reaktion



in vitro nur verdecken, aber nicht beeinflussen kann und daß der Quecksilbergehalt des Serums nicht das Phänomen des „Reaktionsumschlages" bewirken kann, zwingen zu der Annahme, daß die nach spezifischer Behandlung (mit Quecksilber, Jod oder Arsenpräparaten) auftretende negative Reaktion durch die Beeinflussung der Krankheit, bzw. Krankheitsursache bedingt ist. Das Negativwerden der Reaktion ist also nicht verursacht durch eine unmittelbare Quecksilberwirkung und direkte Beeinflussung des Serums, sondern es ist der indirekte Ausdruck einer Beeinflussung des Krankheitsprozesses, eine Auffassung, die für die Bewertung der Reaktion für Prognose und Therapie von größter Bedeutung ist.

Viktor Bandler (Prag).

Neuber, Ede. Beeinflußt die Quecksilberbehandlung die Immunkörper des Organismus? Orvosi Hetilap. Nr. 17 bis 21. 1910.

Die Quecksilberbehandlung beeinflußt günstig die Bildung der normalen und spezifischen Immunkörper des Organismus. Das Komplement, die verschiedenen Immunkörper, die Phagozyten vermehren sich im Organismus auf gewisser Zeit. Die Widerstandsfähigkeit des Organismus wird gesteigert. Dasselbe zeigt sich auch nach anderen Heilmitteln im geringeren Maße. Alfred Roth (Budapest).

Saccone, G. Die Wassermannsche Reaktion bei Hautkrankheiten. Ann. di Med. Navale. Heft 1. 1910.

In 30 Fällen von Hautkrankheiten — 13 Ekzem, 6 Psoriasis, 4 Pemphigus, 2 Erythema multiforme, 4 Ulcus varicosum, 1 Elephantiasis — hat Saccone unter Anwendung aller nötigen Kautelen die Wassermannsche Reaktion mit völlig negativem Resultat angestellt. Er tritt dafür ein, daß die Reaktion spezifisch für Lues ist. A. glaubt, daß sie zur Erkennung vieler exotischer, Lues vortäuschender Hautaffektionen, über deren Natur und Ätiologie Dunkel herrsche und die aufzuklären wertvoll wäre, große Dienste leisten könne. J. Ullmann (Rom).

Mc. Donagh, J. E. R. Die Wassermannreaktion vom Standpunkte des Praktikers. The Lancet 1910. 2. April. p. 920.

Der Artikel von Mc. Donagh bringt nichts neues.

Fritz Juliusberg (Posen).

Biach, M., Wien (Abt. Brandweiner). Psoriasis vulgaris und Wassermannsche Reaktion. Wiener med. Wochenschr. 1910. Nr. 20.

Der Autor untersuchte 40 Fälle von Psoriasis in den verschiedensten Stadien: völlig negativ reagierten 29 Fälle, nicht negativ reagierten 11 Fälle, darunter 5 komplett positiv. Diese 5 Fälle hatten frühere Lues nachweisbar. Viktor Bandler (Prag).

Gorgjevič und **Šavnik,** Innsbruck (Klinik Merk). Über die Wassermannsche Reaktion bei Lues und bei Psoriasis vulgaris. Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 17.

Die Autoren berichten über die Methodik der Reaktion und ihre Erfahrungen bei Lues, von denen nur erwähnt sei, daß sich das aktive und inaktivierte Serum bei Patienten mit Primäraffekten besonders un-



gleichartig verhielt. Eine Änderung der Reaktion konstatierten die Autoren nach der Exzision des Primäraffektes. Weiters glauben die Autoren nach ihren Untersuchungen — mit allem Vorbehalte — den Satz aufstellen zu können, daß jeder Psoriatiker ein Stadium positiver Reaktion durchmacht. Den Vorbehalt wahren sich die Autoren deswegen, weil vereinzelte Psoriatiker überhaupt, andere hingegen zu bestimmten Zeiten negativ reagierten. Das eine aber wollen die Autoren als feststehend bezeichnen, daß der positive Ausfall bei Psoriasis vulgaris nicht für Lues sprechen muß.

Viktor Bandler (Prag).

Bruck, C., Breslau. Über das angebliche Vorkommen der Syphilisreaktion bei Psoriasis vulgaris. Wiener klinische Wochenschr. 1910. Nr. 19.

Bruck tritt den Behauptungen Gjorgjevič und Šavnik (Wien. kl. Woch. 1910, Nr. 17) entgegen und zeigt an seinem Material, 45 Psoriasiskranken in den verschiedensten Stadien, seine Resultate: Es reagierten negativ aktiv und inaktiv 42 Patienten, vollkommen positiv aktiv und inaktiv 3 Patienten; bei diesen 3 positiven Psoriatikern war sichere Luesinfektion bekannt. Viktor Bandler (Prag).

Gorgjevič u. **Šavnik,** Innsbruck. Über die Wassermannsche Reaktion bei Lues und bei Psoriasis vulgaris. Erwiderung auf die Bemerkungen Brucks (W. kl. W. 1910, Nr. 19). Wiener klinische Woch. 1910. Nr. 21.

Der Artikel enthält eine Polemik gegen Bruck, in welchem die Autoren die Richtigkeit ihrer Untersuchungen abermals erhärten.

Viktor Bandler (Prag).

Satta und **Donati,** A. (Klinik Morpurgo) Turin. Über das Verhalten von verschiedenen Extrakten bei der Wassermannschen Reaktion mit Berücksichtigung ihrer antikomplementären und hämolytischen Wirkung. Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 18.

Aus den Untersuchungen der Autoren geht hervor, daß bei den alkoholischen Extrakten die Differenz zwischen der minimalen Extraktmenge, welche mit dem syphilitischen Serum noch reagiert und der minimalen Extraktmenge, welche an und für sich ein antikomplementäres Vermögen besitzt, größer als bei allen übrigen Extrakten ist. Deshalb sind in der Praxis die alkoholischen Extrakte den mit den übrigen Lösungsmitteln hergestellten vorzuziehen. Bezüglich des hämolytischen Vermögens übertreffen ebenfalls die Leberextrakte die übrigen; die Extrakte aus den übrigen Organen zeigen in dieser Hinsicht keine großen Unterschiede. Die Extrakte verschiedener Mehlsorten besitzen ein verschiedenes antikomplementäres und hämolytisches Vermögen, bei diesen Extrakten geht das antikomplementäre Vermögen mit dem hämolytischen parallel. Viktor Bandler (Prag).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Hallopeau et **Fouquet**. Traité de la Syphilis. Paris. Baillière et fils. 1911.

Das Buch von Hallopeau und Fouquet will die Lehre von der Syphilis nach dem neuesten Stande der Forschung darstellen. Es zerfällt seiner Anlage nach in einen allgemeinen Teil von zirka 120 Seiten, einen Abschnitt über akquirierte Syphilis, der zirka 250 Seiten umfaßt und einen Abschnitt über hereditäre Syphilis von etwa 60 Seiten. Da der zweite Teil in seinen 11 Kapiteln neben der Besprechung der Haut- und Schleimhautsyphilide die Darstellung der gesamten viszeralen Lues im weitesten Sinne wie der spezifischen Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane umfaßt, kann selbstverständlich bei dem angegebenen Umfange dieses Abschnittes keine erschöpfende Darstellung, sondern vielfach nur eine hinweisende Bearbeitung beabsichtigt gewesen sein. So muß beispielsweise ein Kapitel wie das von der Syphilis des Nervensystems, das die Lues des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven und dazu noch die spezifischen „Deuteropathien" der nervösen Zentren und speziell progressive Paralyse und Tabes auf einigen zwanzig Seiten abhandelt, reichliche Lücken aufweisen. Dem gegenüber bleibt aber anzuerkennen, daß der ganze spezielle Teil des Buches fesselnd geschrieben ist und in vielen Details interessiert.

Am meisten aber verdient der erste — allgemeine — Teil Beachtung und Studium. Er entwickelt die Gesichtspunkte, unter denen das Buch geschrieben ist und die überall die Darstellung des speziellen Teiles durchdringen.

Da H. und F. ein durchaus modernes Lehrbuch der Syphilis bieten wollen, berücksichtigen sie im weitesten Umfange die Kenntnisse von der Spirochaete pallida und knüpfen daran weitgehende hypothetische Erwägungen. Gewissermaßen als Leitsatz ergibt sich die Behauptung, daß die verschiedenen Äußerungen der Krankheit in ihren differenten Stadien von Unterschieden sukzessiver Spirochaetengenerationen abhängen, die notwendigerweise differente Toxine produzieren müßten. Beim Primäraffekt wird eine „Hyperaktivität" der Spirochaeten angenommen, die weiteren Erscheinungen der Krankheit beruhen ausschließlich auf lokalisierten Spirochaetenproliferationen und deren Toxinentwicklung.

In therapeutischer Beziehung rühmt das Buch vor allem das „Hektin". H. und F. stellen es im allgemeinen dem Quecksilber mindestens gleich, empfehlen es aber vor allem für eine Abortivbehandlung der Syphilis. Bei geeigneter Anwendung innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Injektion (lokale Injektionen an der Stelle des Primäraffektes, die täglich bis zum Verschwinden der Induration wiederholt werden) soll es gelingen, die weitere Entwicklung der Krankheit zu verhüten. Leider erhalten wir keine genügende Auskunft darüber, wieweit das vorhandene Material nach Umfang und Beobachtungsdauer zu jener restlosen Empfehlung berechtigt. Von unerfreulichen Nebenwirkungen des „Hektin" ist nicht die Rede.

Im Vorworte des Buches finden sich einige kurze Bemerkungen über das neue Ehrlichsche Syphilis-Heilmittel. Sie konnten beim Erscheinen des Buches, das allerdings als Publikationsjahr 1911 angibt, höchstens einem vorläufigen Eindruck entsprechen; schon deshalb ist eine Kritik überflüssig. Durch seine weitere Stellungnahme gegenüber dem Ehrlichschen Mittel hat Hallopeau leider seinem Namen in der wissenschaftlichen Welt soweit geschadet, daß man auch das hier angezeigte Buch nicht ohne Bedenken zur Hand nehmen kann. Erfreulicherweise steht aber dieses Werk auf der Höhe von Hallopeaus früheren Leistungen.

S. Bettmann (Heidelberg).

Frank Schultz, Berlin. Die Röntgentherapie in der Dermatologie. Julius Springer, Berlin 1910. geh. M. 6; geb. M. 7.

Nach einem kurzen, über Wesen, Entstehung und Eigenschaften der Röntgenstrahlen das Notwendige sagenden, physikalischen Teil gibt Verf. eine ziemlich eingehende Beschreibung des Instrumentariums, in dem aus der Fülle der vorhandenen Apparate, Systeme und mehr oder weniger wichtigen Hilfsinstrumentarien das Wichtige herausgegriffen ist.

In dem Abschnitt über „therapeutische Technik" bespricht Verf. zunächst die Röhrenbehandlung, dann die verschiedenen Dosierungsmethoden, von denen er die, wohl auch sonst gebräuchlichste, kombinierte Methode nach H. E. Schmidt als bequemste, zeitersparende und wohl sicherste Methode empfiehlt. Es folgen am Schluß dieses Abschnittes praktische Anweisungen für die Abdeckung des Patienten und Einstellung der Röhre resp. des Patienten mit Bemerkungen über die Ausdehnung der Strahlungsbezirke etc.

Den Schwerpunkt des Buches bildet das Kapitel über allgemeine Therapie. Bei Erwähnung der Idiosynkrasie gibt Verf. die Möglichkeit einer solchen zu. Er selbst hat bei 25.000 Bestrahlungen nie einen derartigen Fall gesehen, dagegen mehrere Fälle von Überempfindlichkeit. Die forensische Bedeutung dieser Frage und die Wichtigkeit genauer Buchführung über die dosierten Bestrahlungen werden betont.

Die Reaktionsformen der Haut von der leichten Dermatitis bis zur schweren Ulzeration, auch die noch wenig bekannten Reaktionen auf überweiche Strahlung werden eingehend besprochen und im Anschluß daran

die chronischen Röntgenschädigungen. Verf. kommt dann auf die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf pathologisch veränderte Haut zu sprechen und unterscheidet in der Wirkung die Stufenfolge:

1. Zellreizung, d. h. Steigerung der physiologischen Tätigkeit der betreffenden Zelle,

2. Zellähmung mit nachfolgender völliger Restitution,

3. Zelltod, eine in der Physiologie ja längst bekannte Steigerung.

Die Frage, woher nun die elektive Wirkung der Röntgenstrahlen auf bestimmte Zellen kommt, also die damit parallel gehende verschiedene Absorption derselben, bringt Verf. durch seine schon bekannte Theorie, daß die Absorptionsfähigkeit und also auch die Empfindlichkeit für Röntgenstrahlen eines jeden Gewebes seinem spezifischen Gewichte entspricht, der Beantwortung näher. Da natürlich bei der Absorption auch die Qualität der Strahlung, d. h. die Strahlungsgeschwindigkeit, eine Rolle spielt, so ergeben sich aus diesen theoretischen Erörterungen praktische Folgerungen von eminenter Wichtigkeit, die denn auch in dem von Verf. aufgestellten Schema der typischen Behandlungsmethoden mit kleinen, mittleren und großen Dosen, bei entsprechender Berücksichtigung des Härtegrades, gezogen werden.

Im speziellen Teile sind die Krankheiten nach diesen 3 Behandlungsmethoden in durchaus zweckentsprechender Weise in Gruppen eingeteilt. Dieser Teil enthält trotz seiner relativen Kürze — nicht einmal 60 Seiten mit zahlreichen Abbildungen — eine außerordentlich reiche Fülle von Erfahrungen und zeugt, wie überhaupt das ganze Buch, von der Sachlichkeit und ruhigen Objektivität, mit denen Verfasser dem umfangreichen und durch einen Wust von Publikationen immer noch lange nicht genügend geklärten Stoffe gegenübersteht.

Das reiche Anregung bietende Buch kann dem Röntgentherapeuten, spez. dem Dermatologen nicht warm genug empfohlen werden, sowohl dem erfahrenen Praktiker als dem Anfänger, dem es über manche Klippe hinweghelfen und manche Stunde der Verzagtheit ersparen wird.

G. Baumm (Breslau).

Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 8. Dermatologische Heilmittel. Dritte verbesserte Auflage. 1910.

Das Werkchen soll den Praktiker über die wichtigsten Indikationen und die Anwendungsweise der bekannteren neuen und alten dermatologischen Heilmittel informieren. Diesen Zweck erreicht der Autor vollkommen.

Julius Baum (Berlin).

Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 5. Die innere Behandlung von Hautleiden. Dritte Auflage. 1910.

In diesem Vortrag informiert Jessner in klarer Weise über den Stand und den Wert der inneren Therapie der Hautkrankheiten, die mit der äußeren Dermatotherapie in richtiger Weise zu kombinieren ist.

Julius Baum (Berlin).



Löhlein, M. Die krankheitserregenden Bakterien. 307. Bändchen der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt". Teubner, Leipzig 1910. kl. 8°. geh. M. 1.—, geb. M. 1.25.

Populäres, sehr klares und übersichtliches Schriftchen, dessen Lektüre vielleicht auch dem, bakteriologischen Dingen fernerstehenden ärztlichen Praktiker willkommen sein wird. C. Bruck (Breslau).

Francke, Karl. Die Syphilis, ihr Wesen und ihre Heilung Ein Handbuch für Ärzte. Mit 16 Abbildungen. Th. Berge. Buchhandlung. Berlin C., Burgstr. 30. Preis M. 5.—, geb. M. 6.50.

Gerade in einer Zeit, in der die Syphilispathologie und -Therapie einen noch vor wenigen Jahren nicht geahnten Aufschwung genommen hat, ist es eine äußerst traurige Aufgabe, über ein Buch wie das vorliegende berichten zu müssen. Es würde sich erübrigen, sich überhaupt mit diesem „Werke" zu beschäftigen, wenn es sich, wie es ohne Berücksichtigung des Titels den Anschein hat, um eine für Laien bestimmte Schrift handelte, die nach Art der allzuvielen, rühmlichst bekannten, von „Ärzten" und Heilkundigen verfaßten Syphilisbücher ihren Leser- und Kundenkreis sucht und findet. Da Verf. aber das Heftchen stolz „ein Handbuch für Ärzte" benennt, so müssen die Leser des Archivs notgedrungen davon Kenntnis nehmen.

Das Ganze ist eine Empfehlung der vom Verf. geübten Waschkur mit Sublimatlösungen, die aus den vom Verf. angegebenen „Merkurichloridplättchen" (ges. geschützt) [1·0 Sublimat, 1·0 NaCl und etwas Eosin] hergestellt werden müssen, welch' letzteren natürlich vor den Angererpastillen ungeheuere Vorteile beigemessen werden! Der Beschreibung dieser Waschkur voraus wird ein Abriß der Syphilispathologie gesandt, dessen Inhalt den therapeutischen Vorschlägen des Verf. ungefähr gleichwertig ist. Einige Proben dürften orientieren (wörtlicher Abdruck!):

Kapitel: „Die Vielheftigkeit der Syphilis, Polytoxizismus: Die Spirochaeten veranlassen durch ihr Wuchern im Menschen die Bildung von Abwehrstoffen, Alexinen (auch Antitoxine, neuerdings meist Antigene [sic!] genannt)."

Kapitel: „Syphilitische Nervenleiden. Subjektive Symptome: Schlechte Laune bis zur tiefen Verstimmung und sich sehr unglücklich fühlen."

Viel wohler fühle ich mich nach den Waschungen, sagt eine Frau. Eine andere: Seitdem ich wasche, habe ich einen ganz anderen Humor. Ich möchte jetzt wieder heiraten.

Kältegefühl im ganzen Körper: „Seitdem ich wasche mit den Plättchen, friere ich nicht mehr so, es ist mir viel wohler." Eine andere Kranke sagt: „Und warm wird mir der Körper auf die Waschungen, das tut gut."

Eine weitere Kritik des Buches dürfte überflüssig sein. Es ist durch Abbildungen von: „Mein Blutdruckmesser, Mein Pupillenmesser etc." sinngemäß ausgestattet! Carl Bruck (Breslau).



Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung fallweise vorbehalten.)

Unna, P. G. Histotechnik der leprösen Haut. 8° mit 3 Farbentafeln. Preis M. 3. Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1910.

Unna, P. G. Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. 8° H. 9. Tafel XLVII—LV. Preis M. 10. Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1910.

Casper, Leopold. Lehrbuch der Urologie. Groß 8°, mit 221 teils farbigen Abbildungen. Preis K 20.40. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1910.

Havelock Ellis - Kurella. Geschlecht und Gesellschaft. 8°, I. Teil. Ladenpreis M. 4, geb. M. 5. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag) in Würzburg. 1910.

Pfeiffer. Das Problem der Eiweißanaphylaxie. 8°, mit 7 Kurven im Text. Preis M. 6. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1910.

Jessner. Die Hautleiden kleiner Kinder. 8°, dritte verbesserte Auflage. Preis M. 1. Verlag von Curt Kabitzsch. Würzburg. 1910.

Ehrlich-Hata. Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen. 8°, mit 27 Textfiguren und 5 Tafeln. Preis M. 6, geb. M. 7. Verlag von Julius Springer. 1910.

Peyri y Rocamora. Manuel de Dermatologia General. 8°. José Espasa é Hijos, Editores. Barcelona 1910.

Finger, Jadassohn, Ehrmann, Gross. Handbuch der Geschlechtskrankheiten. I. Lieferung. 8°. Preis K 6. Verlag von Alfred Hoelder. Wien und Leipzig. 1910.

Kassowitz. Praktische Kinderheilkunde, in 36 Vorlesungen für Studierende und Ärzte. 8°, mit 44 Figuren im Text und auf einer Tafel. Preis M. 18, geb. M. 20. Verlag von Julius Springer. 1910.

Baumgarten. Die durch Gonokokken verursachten Krankheiten des Mannes. 8°, mit 88 Abbildungen im Texte. Preis K 5. Verlag von Alfred Hölder. Wien und Leipzig. 1910.

Neisser-Jacobi. Ikonographia dermatologica. Fasc. V. 8°. Preis K 9.60. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien 1910.

Varia.

Personalien. Dr. G. Ciuffo (Pavia) hat sich als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Todesfälle. James Nevine Hyde, Professor der Dermatologie am Rush Medical College zu Chicago.

Professor Giuseppe Profeta, Direktor der dermo-sifilopatischen Klinik in Genua.

Fig. 1

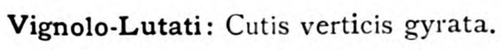
Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6



Vignolo-Lutati: Cutis verticis gyrata.

Lichtdruck v. Max Jaffé, Wien.

Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

Archiv
für
Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

und in Gemeinschaft mit

Doutrelepont, Bonn **Finger**, Wien **Jadassohn**, Bern **Kreibich**, Prag **Lesser**, Berlin **Riehl**, Wien **Veiel**, Cannstatt **Wolff**, Straßburg

herausgegeben von

A. Neisser, Breslau und W. Pick, Wien.



CIV. BAND, 3. HEFT.
Mit einer Tafel.

Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.
1910.

Dezember 1910.

Inhalt.

Seite

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

---

*In allen **Redaktionsangelegenheiten** wolle man sich an Herrn **Geheimrat Neisser in Breslau**, Fürstenstraße 112, wenden.*

*Die **Zusendung der Referate** wird an die Adresse von **Privatdozent Dr. Walther Pick, Wien, I. Kohlmarkt 11**, erbeten.*



Sach-Register.

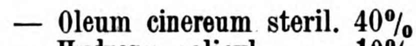




Autoren-Register.



VASENOL



— Oleum cinereum steril. 40%
— Hydrarg. salicyl. „ 10%
— Calomel „ 10%

Zur intramuskulären und subkutanen Injektion bestens empfohlen!

„Dem französischen Präparat als völlig gleichwertig an die Seite zu stellen ist das 40%ige Vasenol-Ol. Cinereum, dessen konstanter Quecksilbergehalt und äußerst feine und gleichmäßige Extinktion des Metalles die exakteste Dosierung ermöglicht und ein äußerst verläßliches und bequemes Arbeiten garantiert."

Doz. Dr. Nobl, Zentralblatt für die ges. Therapie, 1909, 2.

Literatur und Proben durch Dr. Arthur Köpp, **Vasenol-Werke** Leipzig-Lindenau.

Chinolin-Wismuthrhodanat

Streupulver (Chinolin-Wismuthrhodanat pur, Amylum $\overline{aa}$)

Bewährtes **Spezifikum bei Ulcera cruris**, Ulcera mollia und dura. Selbst veraltete und verzweifelte Fälle heilen bei Anwendung von Chinolin-Wismuthrhodanat unter Bildung neuer gesunder Granulationsgewebe rasch und dauernd aus. In der „**Therapie der Impetigines**" ist Chinolin-Wismuthrhodanat mit bestem Erfolg angewandt worden. Auch in der „kleinen Chirurgie" hat sich Chinolin-Wismuthrhodanat wegen seiner wundreinigenden und styptischen Wirkung, seiner Reizlosigkeit und Geruchlosigkeit, vorzüglich bewährt.

Ausführl. Literatur durch: **KALLE & Co. A.-G.**, Biebrich a. Rh.



Allosan

(Antigonorrhoicum)

fester, kristallinischer Ester des Santalols

mit reiner Wirkung des letzteren. — Santalolgehalt 72%.

Völlig geschmackfrei. — Reizlos.

Im Vorzug gegen alle flüssigen Santalderivate ist das pulverförmige **Allosan** jederzeit ohne Vehikel bequem zu nehmen und leicht dosierbar.

Nach Gebrauch kein Santal-foetor ex ore.

Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige Nr. 161 beziehen.

— — — Muster nebst Literatur stehen den Herren Ärzten zu Diensten. — — —




Digitized by Google



Neu und von **unfehlbarer Wirkung bei Furunkulosis** ist das

Furunkulose-Sapalcol

c. Zinc. oxyd. et Acid. boric. paratum,

auch bei **übermäßiger Schweißbildung vorzüglich bewährt.**

☛ **Für Krankenkassen zugelassen.** 

PROPAESIN

D. R. P. Name geschützt.

Neues, gänzlich reizloses und ungiftiges Lokalanästhetikum, patentiert wegen seiner überlegenen Stärke und Wirkungsdauer.

Mit glänzenden Erfolgen innerlich und äußerlich erprobt.

Innerlich bei Magenschmerzen, Gastralgie, Ulcus, Carcinom, nervöse Dyspepsie, Hyperästhesie, Vomitus. — In der Rhino-, Oto- u. Laryngologie, bei Ösophagusleiden, bei spezifischen Mund-, Rachen- und Kehlkopfgeschwüren. — Äußerlich: bei allen schmerzhaften Wunden und Geschwüren. In der Dermatologie, bei Hämorrhoidalleiden.

Propaesin-Pastillen bei schmerzhaften Schleimhautaffektionen des Mundes syphilitischen und tuberkulösen Ursprungs, bei Husten, Verschleimung, bei Lungenkranken,

Propaesin-Salbe bei Ulcus cruris, Prurigo, Pruritus, Brand- und sonstigen Wunden, Neuritis,

Propaesin-Einreibung, Propaesin-Suppositorien, Propaesin-Schnupfpulver.

CHINOSOL

D. R. P. Name geschützt.

Chinosolum purissimum.

Starkes, wasserlösl., unschädliches **Antisepticum** und **Desinficiens**, desodorierend, adstringierend, styptisch und antitoxisch Hervorragend bewährt bei Mund- u. Schleimhautaffektionen, laryngealen und nasalen Affektionen verschiedenen, z. B. syphilitischen Ursprungs, bei Spülungen innerer Körperhöhlen, für hygien. Vaginalspülungen, frischen u. infizierten Wunden, Entzündungen, Hämorrhoiden, Hautaffektionen, Tuberkulose usw. Außer der bisher. Glasrohr-Packung v. Tabletten à 1 g od. ½ g.

Neue für den tägl. Gebrauch bequemste Packung in **„Deci-Plättchen“** von 0·1 g, jedes gerade genug für 1 Glas Wasser.

Literatur sowie Proben kostenlos zur Verfügung!

Franz Fritzsche & Co., Chemische Fabriken, **Hamburg 39.**

Produkte von natürlichen Salzen aus den Quellen von:
Eigentum des französischen Staates.

VICHY

VICHY ÉTAT SALZE — Zum Auflösen im Wasser. Unübertroffen in ihren Wirkungen bei Verdauungsstörungen. (Sodbrennen, Magensäure, Blähungen, etc.)

VICHY ÉTAT COMPRIMÉS — Harngries u. Nierenleiden. Sehr leicht löslich.

VICHY ÉTAT PASTILLEN — 2 bis 3 Pastillen nach dem Essen regeln und fördern die Verdauung.

Man hüte sich vor künstlichen Nachahmungen.


Google

A. Haase, k. u. k. Hofbuchdrucker, Prag.